Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 24 — 21 Mars 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

PATHOGÉNIE DE LA CHORÉE DE SYDENHAM, d'après les travaux récents, par M. Leroux. . . 141

ANALYSES

Anatomie et Physiologie : La digestion sans bactéries, par M. Nencki. 143
Bactériologie : Les spores des microbes et le phénomène de la sporulation, par M. P. Remlinger. 143
Parasitologie : Actinomycose aiguë de la joue : guérison. Abcès métastatique du poumon droit, par M. Radtzich. 144
Médecine : Le foie chez les diabétiques, par M. H. Triboulet 144
Chirurgie : Pathologie et traitement des plaies par armes à feu de l'abdomen, par M. Paul Klemm 144

La question des étrangers. CXIV
Correspondance de Vienne, par M. Heller CXV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Lithiase de la vésicule : cholécystostomie, M. Tuffier. — Traitement des pseudarthroses du tibia par les injections interstitielles de teinture d'iode, M. Tachard. M. Schwartz. — Appendicite, M. Picqué. — Tumeur fibreuse du dos de la main développée autour d'une épine, M. Picqué. — Déchirure incomplète de la portion bulbaire de l'urèthre. Suture. Guérison, M. Picqué. CXVI
Société médicale des hôpitaux : De la thrombose chez les chlorotiques, M. L. Guinon. M. Rendu. — Recherches sur le sang des scarlatineux, M. Lemoine. MM. Widal, Rendu. — Ostéopériostites multiples consécutives à une fièvre typhoïde ; suppuration d'une de ces ostéopériostites avec présence dans le pus d'un microbe d'Eberth, M. Catrin. CXVI
Société anatomique : Procédé d'ouverture crânienne, M. Auvray. — Abcès du foie, M. Coustols. — Péritonite tuberculeuse primitive, M. Castin. — Fibromes calcifiés de l'utérus, M. Pilliet. — Arthrite purulente à streptocoque, M. Méry. — Ulcérations tuberculeuse du duodénum, M. Claude. — Tuberculose du cœur, M. Labbé CXVII
Société obstétricale et gynécologique : Hémorrhagie par insertion vélamenteuse du cordon, M. Charpentier. M. Budin. — Grossesse tubaire. Rupture. Laparotomie, M. Doléris. — Lésions syphilitiques du cordon ombilical, M. Laugier. M. Porak. — Infection génitale à staphylocoque chez une vierge, M. Doléris. — Transformation maligne d'un fibrome, M. Doléris. M. Fournel. — Cas de brièveté relative du cordon, M. Siron CXVIII
Société médico-chirurgicale : Fréquence relative de l'ictus laryngé, M. Percepied. — Un cas de rubéole dans un foyer de rougeole, M. H. Dauchez. — Accident consécutif à des injections de Brown-Séquard, M. E. Potherat CXVIII
Sociétés étrangères : Allemagne, Russie CXIX

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie cérébrale, par MM. A. Broca et P. Maubrac CXX

Répertoire thérapeutique CXX

LA QUESTION DES ÉTRANGERS

Nous recevons de MM. les Internes en médecine de Necker et des Enfants-Malades, la communication suivante en réponse à la lettre du Dr Samways (de Cambridge), publiée dans le numéro du 14 Mars, de la *Presse médicale*.

Le journal, fidèle à son principe de demeurer une tribune indépendante, insère cette communication, en regrettant de n'y trouver qu'une hâtive protestation, et non pas, comme il l'eût désiré, une réfutation solidement documentée des arguments mis en avant par le médecin anglais.

. . . . . .

« Les salles de garde de médecine des Enfants-Malades et de l'hôpital Necker, regrettent profondément qu'un journal médical, en tête duquel se trouvent des noms estimés, et chargés d'un rôle officiel, insère, avec commentaire éloquent, une lettre plus que narquoise, d'un médecin étranger, le Dr Samways (de Cambridge) ; nous disons plus que narquoise, car nous y relevons ces passages :

« La position de médecin, en France, n'est pas « assez convoitée dans les pays étrangers, pour « qu'il en résulte une cause de danger pour le « vôtre . . . . . .

« Un médecin français a beaucoup plus ma sym« pathie que mon envie . . . . . .

« Aucun des médecins d'Angleterre ne sera tenté, « à l'heure qu'il est, par la simple position de prati« cien en France et parmi les Français . . . . . .

« Et si quelques-uns d'entre nous, prennent plus « qu'ils ne donnent, le profit en revient, au bout du « compte, à la France..... »

« Devant ces phrases blessantes pour la profession médicale française, nous constatons avec tristesse, que la *Presse médicale* trouve que ce sont vérités, et vérités bonnes à dire.

« Pour protester contre cette argumentation fantaisiste et très anglaise du Dr de Cambridge, nous continuons à déclarer avec la majorité des étudiants français, qu'il y a une *question des étrangers*, elle a été posée dans des termes, peu réactionnaires, et parfaitement raisonnés par une série de Sociétés médicales, par une grande partie des journaux médicaux, enfin par la pétition des étudiants de Montpellier, de Paris, de Lyon. Une statistique, parue il y a huit jours, dans un journal, donne, à Paris, 47 pour 100 de médecins étrangers, exerçant ou pouvant exercer la médecine.

« Ce sont là des chiffres assez convaincants, qui n'ont rien à faire avec les questions de sentiment, de drapeau tricolore, de station climatérique, mises en avant par le confrère anglais.

« Nous avons confiance en le bon renom de la *Presse médicale* ; elle voudra bien enregistrer dans ses colonnes, cette protestation signée par les internes de deux salles de garde, à l'*unanimité*[1]. »

Enfants-Malades. — Philippe, Rabé, Grisel, Garnier, Ulmann, Chailloux, Desfosses, Laroche, J. Monod, R. Petit, P. Boncourt.

Necker. — Apert, Chevereau, Baillet, Funck-Brentano, Guinard, Proust, R. Petit, Escat, Imbert, Pasteau, Diriart, Chauvel.

1. L'unanimité n'existe pas en fait, 11 internes seulement ayant signé aux Enfants-Malades.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Hôtel-Dieu.

M. Cornil. Conférences d'anatomie pathologique et Conférences de chimie clinique. *Mercredi* et *Samedi*, 9 h. 1/2. Laboratoire.

M. Ferrand. Conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique. *Jeudi*, 10 heures. Laboratoire de la Salle Saint-Anne.

M. Polaillon. Clinique chirurgicale. *Tous les jours*, 9 heures. Salles Saint-Côme et Sainte-Marthe.

Pitié.

M. Albert Robin. Clinique thérapeutique. *Lundi*, 9 h. 1/2. Amphithéâtre des cours.

M. Faisans. Maladies des voies respiratoires. *Mardi* et *Mercredi*, 9 heures. Salles Piorry et Lorrain. — *Jeudi*, 10 heures. Amphithéâtre des cours.

M. André Petit. Maladies du cœur. *Mardi*, *Jeudi*, *Samedi*, 9 heures. Salle Trousseau.

M. Babinski. Maladies du système nerveux. *Samedi*, 10 heures. Annexe de la Salle Grisolle.

M. Thibierge. Maladies de la peau et syphilis. *Vendredi*, 10 h. 3/4. Amphithéâtre des cours. — *Mercredi*, *Samedi*, 8 h. 1/2. Salle des consultations spéciales.

M. Doléris. Déviations et inflammations utérines en rapport avec les accouchements (leçons cliniques). *Mercredi Samedi*, 10 h. 1/2. Dans le service.

Charité.

M. Constantin Paul. Leçons cliniques sur le traitement des maladies du cœur. *Vendredi*, 9 h. 1/2. Amphithéâtre Velpeau.

M. Gouraud. Conférences cliniques (maladies du cœur). *Mardi*, *Vendredi*, 10 heures. Au lit des malades.

M. Moutard-Martin. Clinique et examen des malades

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

VICHY-CÉLESTINS

DRAGÉES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

Phospho-Glyco-Glycérophosphate de fer et Manganèse FER CHEYNET

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

HAMAMELIDINE LOGEAIS

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

par les élèves. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

Saint-Antoine.

M. Hanot. Clinique médicale. *Jeudi*, 10 h. 1/2. Au lit des malades.

M. Letulle. Conférence d'anatomie pathologique pratique. *Mardi*, 10 heures. Laboratoire.

M. Brissaud. Maladies de la moelle épinière. *Jeudi*, 10 heures. Amphithéâtre.

M Ballet. Maladies nerveuses et mentales *Dimanche*, 10 heures. Amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Gaucher. Conférences sur les maladies cutanées et syphilitiques. *Mercredi* 10 heures. Salle des consultations spéciales.

M. A. Siredey. Clinique médicale (le vendredi, Gynécologie). *Tous les jours*, de 9 heures à 11 heures. Au lit des malades.

M. Monod. Clinique chirurgicale. *Mardi*, *Samedi*, 10 h. et 1/2. Au lit des malades.

M. Blum. Clinique chirurgicale. *Mercredi*, 10 h. 1/2. Au lit des malades.

Necker.

M. Rendu. Leçons cliniques. *Jeudi*, 10 heures. Amphithéâtre.

M. Dieulafoy. Leçons cliniques. *Jeudi*, 9 heures. Amphithéâtre de la salle Trousseau.

M. Henri Huchard. Clinique et thérapeutique. *Lundi*, 10 heures. Pavillon de la salle Delpech.

M. Cuffer. Conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie. *Lundi*, 9 h. 1/2. Salle Péter. — Leçons de pathologie clinique. *Mardi*, 10 h. 1/2. Amphithéâtre. — Leçons cliniques. *Mercredi*, *Jeudi*, 9 h. 1/2. Salle Péter. — Conférences de pharmacologie. *Samedi*, 10 heures. Salle Péter.

M. Routier. Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires. *Mercredi*, 9 heures. Amphithéâtre (à partir du 1er Juin).

Cochin.

M. Chauffard. Conférences de clinique médicale. *Mercredi*, 10 heures. Amphithéâtre du service.

M. Richardière. Leçons cliniques. *Lundi*, *Mercredi*, *Vendredi*, 10 heures. Au lit des malades.

M. Shwartz. Conférences de clinique chirurgicale. *Vendredi*, 10 h. 1/2.

M. Quénu. Clinique chirurgicale et opérations. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

Beaujon.

M. Fernet. Conférences cliniques. *Dimanche*, 9 h. 1/2. Amphithéâtre.

M. Rigal (suppléé par M. Dalché). Conférences cliniques. *Lundi*, *Mercredi*, *Vendredi*, 9 heures. Au lit des malades.

M. Troisier. Conférences cliniques. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

M. Théophile Anger (M. Lejars, assistant). Clinique chirurgicale. *Mercredi*, *Vendredi*, 9 h. 1/2. Amphithéâtre. — Opérations de gynécologie, *Mardi*, *Jeudi*, 9 heures. Pavillon Dolbeau.

M. Championnière. Clinique chirurgicale. *Mardi*, 9 heures. Amphithéâtre. — Opérations abdominales, *Vendredi*. 9 heures. Pavillon Dolbeau.

M. Ribemont-Dessaignes. Conférences cliniques. *Tous les jours*, 9 heures 1/2. Au lit des malades.

M. Launois. Conférences cliniques. *Jeudi*, 9 h. 1/2. Salle de la consultation.

Lariboisière.

M. Duguet. Clinique médicale. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

M. Gouguenheim. Clinique médicale. *Lundi*, *Mercredi*, *Vendredi*, 9 heures. Au lit des malades. — Maladies du larynx et du nez (leçons théoriques). *Dimanche*, 9 heures. Salle Aran. — Consultation des maladies du larynx et du nez, conférences cliniques. *Mardi*, *Jeudi*, *Samedi*, 9 heures. Salle du larynx.

M. Landrieux. Clinique médicale. *Samedi*, 9 heures. Au lit des malades. — Consultation externe de gynécologie. *Jeudi*, 9 heures. Salle de gynécologie.

M. Dreyfus-Brisac. Conférences de pathologie clinique. *Mercredi*, 9 h. 1/4. Amphithéâtre.

M. Tapret. Clinique médicale. *Tous les jours*, 9 h. 1/2. Au lit des malades.

M. Muselier. Clinique médicale. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

M. Delens. Maladies des yeux. Examen ophthalmoscopique. *Tous les jours*, 9 heures. Salle de l'ophthalmologie.

M. Peyrot. Clinique chirurgicale. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

M. Paul Reynier. Clinique chirurgicale et gynécologique. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

M. Maygrier. Clinique obstétricale. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

Tenon.

M. Brault. Clinique médicale. *Tous les jours*, 9 h. 1/2. Au lit des malades.

M. Barié. Leçons cliniques. *Jeudi*, 9 heures. Salle Axenfeld.

M. Hirtz. Leçons cliniques. *Mardi*, *Jeudi*, *Samedi*, 9 heures. Au lit des malades.

M. Galliard. Technique de l'auscultation et de la percussion. *Jeudi*, 9 h. 1/2. Salle Claude-Bernard.

M. Bourcy. Leçons cliniques. *Mardi*, 10 h. 1/2. Laboratoire.

M. Félizet. Chirurgie infantile. *Tous les jours*, 10 h. 1/2.

M. Bazy. Maladies des voies urinaires. Consultation externe et examen des malades. *Mardi*, *Samedi*, 9 h. 1/2.

Laënnec.

M. Landouzy. Séméiotique clinique et thérapeutique médicale. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades. — Conférences de séméiotique. *Jeudi*, *Samedi*, 10 heures. Amphithéâtre.

M. Gingeot. Clinique médicale. *Mardi*, 9 h. 1/2. Au lit des malades ou à l'Amphithéâtre.

M. Oulmont. Conférences de clinique. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades. — Conférences de séméiotique. *Vendredi*, 10 heures. Amphithéâtre.

M. Merklen. Conférences de clinique et séméiotique. *Tous les jours*, 9 h 1/2. Au lit des malades. — Leçons cliniques. *Mercredi*, 10 h. 1/2. Amphithéâtre. — Conférences de bactériologie. *Lundi*, 10 h. 1/2. Amphithéâtre.

M. Nicaise. Clinique chirurgicale. (Les jours et heures seront fixés ultérieurement.)

Broussais.

M. Barth. Conférences de séméiotique élémentaire, *Mercredi*, *Samedi*, 10 heures. Amphithéâtre. — Clinique et thérapeutique, *Lundi*, *Mardi*, *Jeudi*, *Vendredi*, 10 heures. Au lit des malades.

M. Gilbert. Conférences de clinique et de thérapeutique. *Tous les jours*, 10 heures. Au lit des malades.

M. Campenon. Conférences de clinique et de séméiologie chirurgicales, *Mardi*, 10 heures. Amphithéâtre. — Opérations, *Lundi*, *Mercredi*, *Vendredi*, 10 heures. — Clinique, *Jeudi*, *Samedi*, 10 heures. Au lit des malades.

Hérold.

M. Gilles de la Tourette. Consultation. — Clinique pour les maladies du système nerveux, *Mardi*, *Jeudi*, 10 heures.

Saint-Louis.

M. E. Besnier. Policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acnés, etc., *Mardi*, 9 heures. Laboratoire Alibert. — Affections parasitaires, teignes, traitement des affections du cuir chevelu, *Mercredi*, *Dimanche*, (à partir du 19 Avril), 9 heures. Laboratoire Alibert. — Consultation clinique externe, *Vendredi*, 9 heures. 38, rue Bichat, et *Mardi*, 1 heure, 38, rue Bichat. — Leçons cliniques et conférences d'anatomie pathologique (Leçons faites par M. Darier), *Lundi*, 10 heures. Salles Alibert et Devergie, et *Jeudi*, 10 heures. Laboratoire Alibert. (Semestre d'été, à partir du 15 Avril).

M. Hallopeau. Dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), *Dimanche*. 9 heures. Salles des conférences du musée. (Janvier, Février et Mars 1896). — Consultation clinique externe, *Lundi*, 9 heures, 38, rue Bichat, et *Jeudi*, 1 heure. 38, rue Bichat. — Examen des nouveaux malades, *Mardi*, 9 heures. Salles. — Visite générale, *Mercredi*, *Vendredi*, 9 heures. Salles. — Traitement des teignes, *Samedi*, 9 heures. Salles.

M. Tenneson. Consultation externe. *Mardi*, 9 heures, 38, rue Bichat. — Conférence sur les nouveaux malades. *Mercredi*, 9 heures. Laboratoire Cazenave. — Opérations dermatologiques. *Vendredi*, 9 heures. Laboratoire Cazenave. — Examen des teigneux. *Samedi*, 9 heures. Ecole des teigneux.

M. du Castel. Conférences sur la dermatologie et la syphilis. *Samedi*, 2 h. 1/2. Salle des conférences (à partir de Mars). — Traitement chirurgical des maladies de la peau. *Lundi*, 9 h. 1/2. Laboratoire Biett. — Examen et discussion des nouveaux malades. Policlinique. *Jeudi*, 9 heures. Salle Bichat.

M. Marchand. Clinique chirurgicale et opérations. *Samedi*, 10 heures.

M. Richelot. Conférences cliniques. *Lundi* et *Vendredi*, 9 heures. — Opérations gynécologiques. *Mardi*, *Jeudi*, *Samedi*.

M. Nélaton. Clinique chirurgicale et opérations. *Mercredi*, *Vendredi*, 9 heures.

M. Bar. Examen des malades. *Tous les jours*, 9 heures. Salle Paul Dubois.

Ricord.

M. Mauriac. Syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique). *Samedi*, 9 h. 1/2. Musée (à partir d'Avril).

M. Balzer. Affections vénériennes. *Lundi*, 9 h. 1/2. Salles (à partir du 29 mars).

M. Humbert. Clinique chirurgicale et maladies vénériennes. — Opérations. *Mardi*, 9 h. 1/2. Salle d'opérations.

Broca.

M. de Beurmann. Syphilis et maladies vénériennes. *Mardi*, 10 heures. Salle Astruc (à partir du 15 Mars 1896).

M. Renault. Syphiligraphie et dermatologie. *Jeudi*, 10 heures. Salle Fracastor (à partir du 15 Avril 1896).

M. Pozzi. Clinique gynécologique. *Lundi*, *Vendredi*, 10 heures. Amphithéâtre du service (à partir d'Avril 1896).

Enfants-Malades.

M. Jules Simon. Maladies de l'enfance et thérapeutique infantile. *Mercredi*, 9 heures. Amphithéâtre. — Consultation clinique. *Samedi*, 9 heures. Salle de consultation.

M. Descroizilles. Maladies infantiles. *Vendredi*, 9 h. 1/2. Amphithéâtre ou salle Chaumont (la date d'ouverture sera fixée ultérieurement).

M. d'Heilly. Leçons cliniques. *Mardi*. Au lit des malades.

M. Moizard. Leçons cliniques. *Mercredi*, *Samedi*. Au lit des malades.

M. Sevestre. Leçons cliniques (plus spécialement sur la diphtérie). *Mardi*, 10 heures. Amphithéâtre.

M. de Saint-Germain. Traitement des tumeurs vasculaires et des affections articulaires. *Jeudi*, 9 heures. Amphithéâtre (la date d'ouverture sera fixée ultérieurement).

M. Brun. Chirurgie infantile et orthopédie. *Tous les jours*, 9 heures. Au lit des malades.

Trousseau.

M. Comby. Clinique infantile. *Mardi*, *Vendredi*, 9 heures. Salles Blache et Barrier.

M. Josias. Clinique infantile. *Mercredi*, *Samedi*, 9 heures. Salles Lugol et Triboulet.

M. Netter. Clinique infantile. *Lundi*, *Jeudi*, 9 heures. Salle Bouvier.

M. Variot. Clinique infantile. *Tous les jours*, 10 heures. Pavillon Bretonneau.

M. Lannelongue. Maladies chirurgicales des enfants. *Mercredi*, 9 heures. Salle Giraldès.

M. Jalaguier. Clinique infantile. *Tous les jours*, 9 heures. Salle Legendre.

Enfants-Assistés.

M. Hutinel. Conférences sur les maladies de l'enfance. *Jeudi*, 4 heures. Couloir du bâtiment central (à partir du 5 Novembre 1896).

M. Kirmisson. Leçons cliniques sur les difformités congénitales et acquises de la tête et du tronc. *Lundi*, *Vendredi*, 9 heures. Couloir du bâtiment central (semestre d'hiver 1896-1897).

Salpêtrière.

M. Déjerine. Maladies du système nerveux. *Jeudi*, 5 heures. Salle de la consultation externe. — Consultation externe-policlinique. *Mercredi*, 9 h. 1/2. Salle de la consultation externe.

M. Auguste Voisin. Maladies mentales et nerveuses. *Jeudi*, 10 heures. Section Rambuteau (Mai, Juin, Juillet).

M. Jules Voisin. Maladies mentales et nerveuses. *Jeudi*, 10 heures. Parloir du service, 5e division, 2e section (de Décembre à Avril).

La Rochefoucauld

M. Brocq. Conférences cliniques sur la dermatologie. *Lundi*, *Mercredi*, *Vendredi*. (Leçons théoriques le *Mercredi*). 8 heures. Salle de la consultation externe.

HOPITAUX

Concours des hôpitaux (Médecine). — Ont obtenu :

Séance du 18 Mars.

MM.		MM.	
Londe	16	Bruhl	17
Michel	17	Jacquet	18
		Macaigne	17

NOUVELLES

Société de Chirurgie. — *Ordre du jour de la séance du 24 Mars* 1896. — 1° Suite de la discussion sur les pyélonéphrites. 2° Rapport : traitement du cancer du rectum ; procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-rectale par M. Gaudier, rapport de M. Quénu. 3° Nouvelles indications du salol iodoformé, M. Reynier. 4° Luxation congénitale de la hanche par M. Broca.

CORRESPONDANCE DE VIENNE

Maladie de Ménière et leucémie.

A l'une des dernières séances de la *Société otologique*, le Dr Alt, assistant du professeur Gruber, a rapporté un cas très curieux de maladie de Ménière consécutive à une altération leucémique du nerf auditif.

C'est la première fois qu'un fait de ce genre est mentionné dans la littérature médicale; on ne trouve, en effet, dans la science, aucun autre exemple de maladie de Ménière caractérisé par une lésion isolée de ce cordon nerveux; dans toutes les observations publiées jusqu'ici, les différents auteurs, avaient toujours signalé des modifications pathologiques siégeant au niveau du labyrinthe (Politzer, Steinbrugge, Lannois, Wagenhauser) ou dans l'oreille moyenne (Gradenigo). La rareté de cet exemple m'engage à relater brièvement l'histoire de ce malade, ainsi que les résultats constatés à l'autopsie. Je crois devoir ajouter que cette intéressante observation a été recueillie par MM. Alt et Pinelles.

Il s'agit d'un ouvrier âgé de soixante-six ans qui, jusqu'au début de l'hiver de 1894, s'était toujours parfaitement bien porté. A cette époque, il commença à éprouver des maux de tête et à se sentir envahi par une très grande lassitude. Dans le courant du mois de Juin 1895, il fut soudainement pris de vertiges excessivement intenses, de bourdonnements d'oreilles, puis tomba sans connaissance. Quand il fut revenu à lui, il s'aperçut qu'il était devenu presque complètement sourd ; quinze jours après l'accident, le sens de l'ouïe était chez lui entièrement aboli. A partir de ce moment, le malade fut obligé de garder le lit; bientôt, les crises vertigineuses reparurent avec une violence telle que le malheureux fut contraint de se faire admettre à l'hôpital, le 1er Juillet 1895. Là, on porta le diagnostic de leucémie chronique à forme myélo-liénale.

L'examen du sang fut aussitôt pratiqué et fournit les données suivantes : 2.600.000 hématies pour 600.050 leucocytes, ce qui représente la proportion de 1 pour 4. Le microscope permit de déceler en outre, dans le sang, la présence d'un grand nombre d'éléments mononuclées, de lymphocytes, de médullocèles, et enfin quelques globules rouges isolés et pourvus d'un noyau.

La rate du malade était énorme ; le foie lui-même offrait un volume considérable; il existait aussi des épanchements sanguins très étendus.

L'exploration de l'oreille permit de constater les modifications suivantes : la membrane du tympan avait perdu sa transparence; elle était terne et comme ratatinée. Le diapason placé sur le sommet de la tête et vibrant à C_4 (512 vibrations par seconde) ne fournissait au sujet aucune perception auditive; l'oreille gauche n'entendait pas l'instrument vibrant à C_5, à C_4 et à C (512, 256, 128 vibrations par seconde); sollicitée par le même procédé, l'oreille droite percevait ces vibrations, mais à un degré excessivement faible. De l'oreille gauche, le malade n'entendait absolument rien, même quand on lui parlait de très près et à très haute voix; de l'oreille droite, il

entendait à peine. Le passage d'un courant électrique de 15 à 20 milliampères ne parvenait pas à provoquer le moindre vertige.

Le malade succomba le 8 Septembre, au milieu des phénomènes pathologiques que nous avons signalés et qui persistèrent jusqu'à la fin, sans présenter la moindre modification.

L'autopsie vint confirmer le diagnostic de leucémie à forme myélo-liénale, compliquée d'épanchements leucémiques suppurés.

Les deux os temporaux et la moelle furent, de la part des auteurs, l'objet du plus minutieux examen. Le bulbe et le nerf acoustique, après avoir été traités par la méthode de Weigert, donnèrent lieu à des constatations intéressantes: sur un grand nombre de points de son trajet, le nerf offrait des foyers plus ou moins étendus, d'infiltration leucémique caractérisée par la présence de petites cellules; au niveau de son point d'émergence et surtout au confluent de ses deux racines originelles, ce même cordon nerveux était très fortement infiltré; il existait, en outre, au niveau de la pie-mère voisine, un épaississement dû à la présence d'un infiltrat microcellulaire. Les fibres constitutives du nerf acoustique offraient, en certains points de leur trajet, des traces de dégénérescence, mais les noyaux d'origine étaient indemnes. Quant aux tubercules quadrijumeaux et au cervelet, on ne découvrait, à leur niveau, pas la moindre modification pathologique. De même, il ne fut pas possible de déceler en un point quelconque, des lésions hémorrhagiques ou des reliquats d'épanchements sanguins. L'oreille moyenne était parfaitement normale.

L'examen du labyrinthe pratiqué par le Dr Kaufmann et vérifié par MM. les professeurs Gruber, Politzer, Weichselbaum, n'a fourni que des résultats négatifs.

Le malade, dont nous venons d'esquisser l'histoire, est bien le seul exemple que l'on connaisse d'une affection de Ménière, provoquée par un processus leucémique, et localisée au seul tronc du nerf acoustique.

Quant à l'intégrité de ce cordon nerveux, constatée jusqu'ici chez tous les individus atteints de cette singulière maladie, elle pourrait peut-être trouver son explication dans ce fait, que, généralement, on néglige d'en pratiquer l'examen.

Enfin, nous avons vu que, chez ce malade, il avait été impossible de déterminer des sensations vertigineuses, même en ayant recours à des courants électriques de 15 à 20 milliampères : ce fait semblerait attester la destruction de l'appareil coordinateur, destruction imputable à une lésion anatomique, relevant de la maladie causale.

Valeur opothérapique du suc testiculaire.

On vient d'entreprendre à l'*Institut physiologique de Gratz*, une série d'expériences dans le but d'étudier les propriétés du suc testiculaire, et l'influence qu'il est susceptible d'exercer sur le système neuro-musculaire.

Les résultats de ces intéressantes recherches ont été consignés dans deux mémoires[1], par les soins de MM. Zoth et Pregl, attachés à cet Institut en qualité d'assistants.

Dans le premier de ces deux mémoires, M. Zoth examine d'abord consciencieusement tous les faits rapportés par les auteurs, sur l'efficacité de la méthode inaugurée par Brown-Séquard; il démontre ensuite qu'aucune des expériences, pratiquées dans le but de prouver l'action de ces injections sur le système neuro-musculaire, n'est à l'abri de la critique.

C'est pourquoi, désireux d'élucider cette intéressante question, M. Loth a eu l'idée d'adopter la méthode dite *ergographique*, et, pour mener ses tentatives à bonne fin, il s'est servi de l'*ergographe* imaginé par M. Mosso.

Pour faire ces injections, M. Zoth a recours à l'extrait glycériné de testicule de taureau; il commence par une piqûre quotidienne pratiquée alternativement sur chaque bras, et continue ensuite cette médication sur la paroi abdominale. Quant à la quantité d'extrait injectée journellement, elle atteint 2 centimètres cubes de liquide dilué (ce qui équivaut à 2/3 de centimètre cube d'extrait concentré).

Dans l'intention de se rendre un compte exact de l'influence exercée par ces injections sur la dépression de l'organisme et sur le rétablissement consécutif des forces, l'auteur a eu soin d'intercaler entre chaque séance des intervalles de repos.

En se basant sur des tentatives répétées dans les conditions les plus diverses et en tenant compte du moment où ces tentatives ont été pratiquées, Zoth arrive à formuler les conclusions suivantes : au bout d'une semaine de traitements quotidiens, il survient dans l'état des individus soumis à cette méthode thérapeutique, des modifications physiologiques réellement surprenantes, et qui se caractérisent d'une part par la diminution de l'abattement général et d'autre part, par le rétablissement des forces musculaires. Il est intéressant de faire remarquer que les effets thérapeutiques provoqués par ces injections persistent longtemps encore après la suppression de celles-ci : on ne les voit décroître que d'une manière progressive.

On sait qu'un grand nombre d'expérimentateurs ont contesté à cette médication la faculté d'agir sur le système neuromusculaire, en mettant la plus grande part des succès obtenus sur le compte de la suggestion. Dans le but d'élucider ce point en litige et d'en dégager une donnée certaine, Pregl s'est livré à une nouvelle série d'expériences fort ingénieuses. Ayant fait à quelques malades — et naturellement à leur insu — des injections de glycérine pure, il eut l'occasion de constater avec l'évidence la plus probante, que celles-ci restaient absolument inefficaces, tandis que celles qu'il avait pratiquées avec le liquide testiculaire donnaient des résultats incontestables. On peut donc considérer cette question comme tranchée : la suggestion doit être mise hors de cause.

Dr Heller,
Assistant du Prof. Schrotter.

1. Pflugers. — *Archiv. für Physiol.*, Vol. 62, nos 8 et 9.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

18 mars 1896.

Lithiase de la vésicule ; cholécystostomie. — M. Tuffier. Je désire aborder deux points de l'étude de la lithiase biliaire ; le premier a trait au diagnostic, le second à la technique opératoire.

A propos du diagnostic, je vais relater l'histoire d'une malade chez laquelle, même après l'ouverture du ventre, le diagnostic exact ne put être posé. Il s'agit d'une femme de quarante ans, atteinte depuis huit ans d'accès gastralgiques sans ictère ni coliques hépatiques, ni expulsion apparente de calculs dans les selles. En 1893, apparut dans le flanc droit une tuméfaction qui augmenta progressivement; on se demandait si elle appartenait au foie ou au rein. Un traitement médical ne donnant aucune amélioration, je proposai une intervention. Mon diagnostic n'était pas prévu et c'est peut-être à un néoplasme que je me serais le plus volontiers arrêté.

La laparotomie latérale me fit découvrir une énorme tumeur cachée sous le foie et le débordant, transparente et présentant l'aspect d'un kyste hydatique; je m'arrêtai à ce diagnostic, d'autant mieux qu'une ponction permit de retirer un liquide transparent comme l'eau de roche. Avant d'ouvrir ce prétendu kyste, je le suturai à la paroi. Je l'incisai ensuite et, à ma grande surprise, je retirai de son intérieur 23 calculs biliaires. Il s'agissait donc d'une hydropisie de la vésicule.

La vésicule fut drainée, et vingt et un jours plus tard, la guérison était assurée, et elle s'est maintenue.

Le liquide retiré de la vésicule n'était pas de la bile, mais du mucus sécrété par les glandes de la vésicule. Quant aux calculs, ce n'étaient pas des calculs pariétaux, mais de vrais calculs noirs, stratifiés, dont l'un avait dû sans doute obturer le canal cystique. La bile s'était résorbée et il s'était ensuite développé une hydropisie de la vésicule.

Le deuxième point sur lequel je désire attirer l'attention a trait au choix du procédé opératoire que l'on doit suivre. De 1891 à 1895, j'ai toujours pratiqué la même opération : la cholécystostomie. Mes observations sont au nombre de 13 et j'ai eu 3 morts sur lesquelles je vais revenir.

Mes cas se décomposent ainsi : 4 fois, la vésicule ne paraissait pas infectée et mes 4 malades ont guéri; 9 fois il existait des lésions locales ou généralisées et je relève 3 morts. L'une de mes malades, atteinte de phlegmon biliaire, consécutif à une fièvre typhoïde, est morte au onzième jour de pneumonie, sans que l'opération puisse être incriminée. Une seconde, âgée de soixante et un ans, a succombé à la cachexie. Enfin, la troisième était une femme de quarante ans dont la vésicule contenait plus de 500 calculs et qui mourut de septicémie péritonéale aiguë, parce que je négligeai de suturer la vésicule avant de l'ouvrir ; il s'écoula de la bile et cette bile était chargée de colibacilles.

Chez mes différentes malades qui étaient toutes des femmes, le début remontait de six mois à dix ans, sans qu'il y ait une relation entre l'ancienneté des accidents et leur degré. Le nombre des calculs s'est montré variable : 70, 23, 19, 4, 3, 2 ; une fois, il existait de la bouillie biliaire. Trois fois, la vésicule était hypertrophiée et elle renfermait alors 70, 14, 24 calculs ; dans tous les autres cas elle était atrophiée.

Les suites opératoires immédiates ont été les suivantes: 2 fois j'ai eu un écoulement de bile le premier jour, les autres fois le deuxième ou le troisième jour. A partir du huitième jour, il y a eu une diminution marquée et à part trois exceptions, l'écoulement n'a jamais duré plus d'un mois. Je n'ai pas noté que l'état d'infection ou de non-infection de la vésicule fût pour quelque chose dans la durée des accidents.

Les suites éloignées ont été des plus simples, il n'y a jamais eu de récidive. Quant aux fistules consécutives, je me demande s'il eût été possible de les éviter par une autre opération, telle que la cholécystectomie ou la cholécystotomie idéale. Ces deux opérations ont sans doute leurs indications, mais je ne crois pas qu'elles mettent beaucoup plus à l'abri des fistules que la cholécystostomie simple. La cholécystotomie idéale est même dangereuse, parce qu'on ne sait jamais si la bile est aseptique ou infectée, ni si les sutures assureront parfaitement la perméabilité de la vésicule.

Pour moi, je m'en tiendrai à la cholécystostomie simple avec drainage, opération simple, facile et bénigne. Le procédé opératoire que j'emploie est la fixation simple de la vésicule à la peau et je n'ai pas eu recours au procédé de boutonnière intramusculaire de Delagénière, dont les avantages me semblent très problématiques.

Quant à l'oblitération de la fistule, elle ne doit pas être tentée trop tôt. S'il est vrai que l'écoulement de la bile au dehors amène le dépérissement des malades, il faut reconnaître aussi que les choses ne vont pas ordinairement à l'extrême et qu'on peut attendre toujours quelque temps.

Traitement des pseudarthroses du tibia par les injections interstitielles de teinture d'iode. M. Tachard fait une communication sur ce sujet.

M. Schwartz relate à ce propos un cas de pseudarthrose consécutive à une résection du genou, qu'il a guéri par l'électrolyse : 40 piqûres électrolytiques ont été pratiquées.

Appendicite. — M. Picqué. M. Chevassu nous a envoyé deux observations d'appendicite, dont la première se rapporte à un homme chez lequel les accidents se développèrent au cours de la convalescence d'une scarlatine. La laparotomie pratiquée permit d'évacuer un foyer périappendiculaire et de réséquer l'appendice perforé à son sommet et renfermant un coprolithe. Drainage. Guérison. Le pus renfermait des colis et des streptocoques.

Dans la seconde observation, même conduite chirurgicale, à part la résection de l'appendice qui ne put être pratiquée. Le malade guérit également.

Tumeur fibreuse du dos de la main développée autour d'une épine. — M. Picqué. Il s'agit d'une tumeur fibreuse au dos de la main, occupant la région des trois derniers métacarpiens et s'accompagnant de quelques troubles fonctionnels du côté des doigts. D'après le malade, la tumeur se serait développée autour d'une épine entrée cinq mois auparavant et qu'on n'a jamais pu retirer. M. Chevassu, qui nous communique également cette observation, extirpa la tumeur; à son centre, il trouva le corps étranger. L'examen histologique du néoplasme n'a pas été fait.

Déchirure incomplète de la portion bulbaire de l'urèthre. Suture. Guérison. — M. Picqué. Cette quatrième observation de M. Chevassu est un cas de guérison par suture d'une déchirure incomplète de la portion bulbaire de l'urèthre. Cette suture n'est pas toujours possible; si la perte de substance est trop considérable, on a recours à la suture parurèthrale de M. Guyon qui, dans un cas, m'a donné un excellent résultat.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

20 Mars 1896.

De la thrombose chez les chlorotiques. — M. Louis Guinon. La thrombose passe pour une complication assez rare de la chlorose. Il en a été cependant publié un assez grand nombre de cas. Bourdillon, en 1891, en avait réuni 30 cas. Cette thrombose est relativement fréquente dans les sinus crâniens; dernièrement, on en a rapporté plusieurs cas à la *Société clinique de Londres* (Février 1896). Il faut aussi noter la fréquence de l'embolie pulmonaire.

J'ai observé 3 cas de thrombose des membres inférieurs. Dans ces 3 observations, il s'agissait de jeunes filles manifestement chlorotiques, comme le prouvaient le teint, les souffles cardio-vasculaires et, pour un cas, l'hypohématie.

L'une d'elles succomba à une embolie pulmonaire, qui fut l'origine d'une thrombose énorme, généralisée à toute l'artère; les deux autres guérirent; la troisième, toutefois, conserva des varices et une névralgie sciatique très tenace.

On a voulu donner à la thrombose chlorotique une pathogénie spéciale. Des cas que j'ai observés, il ressort que là, comme dans les autres maladies, elle est d'origine infectieuse.

Dans les deux premiers cas, en effet, les seuls que j'aie pu observer complètement, il y avait de la fièvre; la température atteignait 38°,5 et 39 degrés. De plus, la seconde malade avait eu, deux mois avant, une fausse couche, et portait encore les traces d'une vaginite, probablement blennorrhagique; enfin, elle présentait quelques signes de tuberculose au début. Pour toutes ces raisons, je pense que la thrombose des chlorotiques est infectieuse, comme les autres, et que la chlorose n'intervient que pour la favoriser.

M. Rendu. J'appuie entièrement les conclusions de M. Guinon. Je soutiens cette opinion depuis longtemps dans mes leçons cliniques; chaque fois que la chlorose se complique de thrombose veineuse, il faut rechercher un élément infectieux, cause directe.

Recherches sur le sang des scarlatineux. — M. Lemoine. Nous avons prélevé cinquante-deux fois du sang au niveau de plaques scarlatineuses, le plus souvent dans la région du flanc. Inutile de dire que toutes les précautions ont été prises pour obtenir au préalable une désinfection rigoureuse de la surface cutanée. J'ajoute cependant que, comme cela avait été fait pour les prises intra-amygdaliennes, nous avons eu la précaution de cautériser, avec l'extrémité d'une baguette de verre for-

tement chauffée, la surface du tégument, et ce n'est qu'au centre de cette petite escharre superficielle qu'était faite une légère scarification, destinée à nous donner le sang de l'ensemencement. De plus, nous ne nous sommes pas seulement contentés d'ensemencer deux ou trois tubes de bouillon. Chaque prise a donné, au moins, un 1/2 cent. cube de sang réparti dans une dizaine de tubes; un pli était fait à la peau, de façon à la comprimer fortement. On sait, en effet, que c'est ainsi qu'il faut opérer pour obtenir le streptocoque au niveau de plaques érysipélateuses. Un grand nombre de prises dans l'érysipèle nous avait permis, en effet, de constater qu'il ne suffisait pas, dans ces cas, d'ensemencer quelques tubes de bouillon avec deux ou trois gouttes de sang. Dans ces conditions, on n'obtient jamais de culture du streptocoque. Il n'en est pas de même lorsqu'on a soin de presser la peau au pourtour de la scarification, pratiquée sur le tégument, et qu'on ensemence ainsi une assez grande quantité de sang. On obtient alors toujours un ou deux tubes fertiles, et ceux-ci sont, en général, les derniers ensemencés.

Nous avons cru utile d'insister ici sur le mode opératoire employé, en raison des résultats le plus souvent négatifs que nous avons obtenus dans la scarlatine. Mis en regard de ceux obtenus au niveau de plaques érysipélateuses, et qui ont été positifs, ces résultats nous engagent à considérer l'absence d'agents microbiens, ou du moins l'absence du streptocoque comme étant bien le fait de leur absence dans le sang et non d'un défaut de technique.

Les 52 échantillons ont été prélevés sur 35 malades différents atteints de scarlatines, dont 33 ayant présenté des formes normales et 2 une forme hémorrhagique terminée par la mort, l'une au bout de quarante-huit heures, et l'autres après cinq jours.

Le sang de ces 35 malades a été prélevé dès le début des accidents. Dix-sept fois, nous avons renouvelé la prise du sang chez un certain nombre de ces mêmes malades à diverses périodes de l'évolution de la maladie.

Chez 5 malades, on a pris du sang alors que toute trace d'éruption avait disparu.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Le sang des 33 scarlatineux au début de l'éruption *n'a donné aucune culture.*

Il en a été de même pour les autres prises faites soit au cours de l'affection, soit après la disparition de l'exanthème.

Dans 2 cas seulement, nous avons obtenu une culture pure de streptocoque, il s'agissait alors de deux malades présentant *de larges suffusions sanguines* et la prise avait été faite au niveau *des plaques hémorrhagiques*. Ces streptocoques, comme dans les recherches de d'Espine et de Marignac, coagulaient le lait et ont présenté des cultures apparentes sur pommes de terre. Je ne fais que signaler le fait, ne pensant pas que ce mode de culture puisse entraîner l'idée d'une espèce différente du streptocoque de l'érysipèle.

Ces résultats nous semblent de nature à confirmer les interprétations déjà données sur la présence du streptocoque dans le sang des scarlatineux. Son existence y est en effet un fait accidentel lié aux complications de cette affection. A ce titre, la forme hémorrhagique de la scarlatine paraît devoir être considérée et comme le résultat du passage du streptocoque dans le sang, et comme l'expression d'une infection secondaire entraînant une infection d'emblée de tout l'organisme.

Recherches sur 2 cas de pleurésie survenue au cours de la scarlatine. — M. Lemoine. Le liquide de ponction de ces 2 cas a décelé le streptocoque pur. Dans l'un, la pleurésie fut purement séro-fibrineuse; dans l'autre, l'épanchement d'abord légèrement louche, devint purulent par la suite. Ces deux malades guérirent.

Le streptocoque trouvé fut semblable à celui trouvé dans le sang; l'un d'eux cependant ne produisit qu'une acidification du lait sans jamais le coaguler. Ajoutons que le sang de ces deux malades analysé au début de l'éruption fut trouvé amicrobien.

Recherches sur 2 cas d'arthrite du genou chez des scarlatineux. — M. Lemoine. Il s'agit ici de scarlatineux ayant présenté, au moment de la convalescence, un rhumatisme monoarticulaire du genou analogue au rhumatisme blennorrhagique. Si, cependant cette seule articulation présente un gonflement apparent avec épanchement assez abondant, il est vrai de dire que les malades se plaignirent en même temps de douleurs généralisées à l'autre genou, aux articulations du pied, du coude et de l'épaule, sans que l'examen clinique révélât de ce côté aucune déformation appréciable. La gêne des mouvements était d'ailleurs peu accusée.

La culture de 2 centimètres cubes de liquide ne révéla la présence du streptocoque que dans un cas, dans l'autre les bouillons ensemencés restèrent complètement stériles. Faut-il avoir là une différence de nature entre ces deux manifestations rhumatismales, le liquide streptococcien appartenant à une arthrite, complication de la scarlatine; le liquide amicrobien, au contraire, appartenant à une arthrite d'origine rhumatismale; la maladie infectieuse, dans cette dernière observation, n'ayant fait que réveiller un état rhumatismal antérieur.

Nous ne saurions prendre ici parti pour l'une ou l'autre de ces opinions, l'examen clinique ne nous ayant fourni aucune donnée permettant une interprétation sérieuse de la différence de nature constatée par l'examen bactériologique dans ces deux observations. Nous avons relevé, en effet, chez ces deux malades, quelques antécédents rhumatismaux, consistant en douleurs vagues dans les articulations, mais aucun d'eux n'avait eu d'attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant nécessité le repos au lit. Étant donnée d'autre part l'incertitude dans laquelle on se trouve relativement à la nature du rhumatisme articulaire aigu, qui pourrait bien être le résultat d'infections diverses, nous pensons qu'il est inutile d'insister sur l'interprétation pathogénique de ces deux faits que nous nous contentons de rapporter tels que nous les avons observés.

Recherches sur 22 cas de néphrite scarlatineuse. — M. Lemoine. Sur 22 urines albuminuriques; 22 fois on a décelé le streptocoque; 6 fois il s'agissait d'albuminurie survenue pendant la période du début (angine et éruption); 5 fois l'albuminurie était survenue au commencement de la desquamation générale, après la chute définitive de la température; 11 fois l'albuminurie était survenue en pleine convalescence, la desquamation existant encore.

Il est à remarquer que dans les 6 cas où l'albuminurie est survenue au début, *deux fois l'angine était de nature diphtéritique. Dans les 4 autres cas, l'angine avait été particulièrement grave.* Il est vrai que l'albuminurie tardive comporte également des angines du début graves.

Sur 11 urines normales, une fois seulement, nous avons eu des cultures de streptocoque.

La pathogénie de ces accidents ne saurait évidemment faire de doute pour personne. C'est dans la gravité des accidents bucco-pharyngés, et par conséquent, c'est en grande partie dans la virulence particulière du streptocoque qu'il faut voir l'origine des accidents néphrétiques. C'est dans l'accumulation de ces produits qu'il faut voir la cause du plus grand nombre de cas de néphrites à la fin de la période épidémique. C'est même par l'augmentation de virulence de cet agent morbigène, sous l'influence d'apports nouveaux et en grande quantité, qu'on peut expliquer ces cas d'albuminurie survenant chez des voisins d'individus atteints d'accidents streptococciques graves. L'enfant tuberculeux qui semble avoir été la cause des cas de néphrites rapportés plus haut présentait en grand nombre des streptocoques dans ses crachats; il était aussi atteint d'une angine pseudo-membraneuse excessivement grave.

C'est de cette façon, pensons-nous, qu'on doit interpréter ces cas de véritable contagion; le rôle de l'urine elle-même chargée de streptocoques, quoique réel, nous semble n'avoir qu'une part relativement restreinte dans la propagation de l'affection; encore cependant qu'au point de vue prophylactique, ce rôle ne doive point être négligé.

De ces faits, il semble rationnel de conclure :

a) Que dans la scarlatine, *les complications rénales sont d'ordre secondaire*, et sont le résultat *d'une infection streptococcienne.*

b) Que cette infection streptococcienne du filtre rénal est le résultat le plus souvent d'une virulence spéciale du streptocoque développé au niveau du pharynx.

c) Qu'à ce titre, ces complications peuvent devenir le point de départ *d'accidents de même nature pouvant se propager par voie de contagion*, et qu'elles peuvent être rapprochées avec vraisemblance des accidents analogues survenant du côté du poumon dans le cours de la rougeole.

M. Vidal. Depuis deux ans, nous avons montré, M. Bezançon et moi, que le fait de la coagulation ou de la non coagulation du lait, que la formation des microcoques en longues chaînettes ou les amas conglomérés n'avaient aucune signification au point de vue du diagnostic différentiel du streptocoque isolé dans la scarlatine, comme on avait voulu le soutenir à l'étranger. Le streptocoque que l'on retrouve si facilement dans la gorge des scarlatineux ou dans leur sang et leurs viscères après la mort, n'est donc que le streptocoque vulgaire, n'étant nullement l'agent spécifique de la maladie. Le streptocoque dans la scarlatine, comme dans la variole, dans la rougeole, etc., n'est donc qu'un agent de complication. C'est lui qui, bien souvent, est le facteur de gravité et de mort. Dans le sang du vivant, nous avons recherché plusieurs fois le streptocoque, sans le trouver. Cela ne veut pas dire qu'il n'ait pu, à un moment donné, passer dans la circulation sanguine, pour aller coloniser dans une séreuse ou un viscère.

M. Rendu. Dans cette question des infections secondaires venant compliquer la scarlatine, il me semble que l'on oublie un peu la scarlatine elle-même. Faire des complications rénales de la scarlatine une conséquence d'une infection secondaire streptococcique, c'est un peu exclusif. Les exemples d'infection streptococcique sont fréquents (angines, érysipèles, etc.); dans ces cas, les manifestations rénales consistent simplement en une albuminurie plus ou moins intense; jamais, on n'observe le syndrome si typique de la néphrite scarlatineuse. La conclusion logique est donc de dire que la néphrite est bien causée par le poison scarlatin lui-même.

Ostéo-periostites multiples consécutives à une fièvre typhoïde; suppuration d'une de ces ostéo-periostites avec présence dans le pus du microbe d'Eberth. — M Catrin. Dix-sept jours après une fièvre typhoïde grave, apparition d'ostéo-periostite du médius droit et du cubitus du même côté. En même temps, douleurs vives au niveau du bord postérieur de la clavicule, et en un point limité de l'omoplate. Fièvre de quelques jours de durée. Puis régression de tous les symptômes et, douze jours après, nouvelle poussée d'ostéo-périostite au niveau de la partie inférieure des deux tibias. La tumeur du côté droit se résorbe, celle du côté gauche s'abcède et l'on trouve dans le pus le microbe d'Eberth. E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

20 Mars 1896.

Procédé d'ouverture cranienne. — M. Auvray. Je présente le procédé d'ouverture cranienne que j'ai récemment décrit dans ma thèse sur les tumeurs cérébrales. Ce procédé consiste à ouvrir le crâne à l'aide d'une scie à amputation ordinaire. On délimite à la surface de la boite cranienne un large lambeau osseux quadrangulaire. On scie avec une extrême précaution lorsqu'on arrive sur la table interne de l'os, comme on le ferait du reste avec un trépan, pour éviter par une échappée de blesser la dure-mère et ses vaisseaux. On explore de temps à autre à l'aide d'un fin stylet, le fond de la rainure, pour voir si l'on n'est pas arrivé sur les méninges. Lorsqu'on croit le lambeau osseux suffisamment détaché, on essaie de le soulever en faisant pesée sur un ciseau à résection préalablement introduit dans la rainure et on soulève le lambeau osseux d'une seule pièce.

Ce procédé d'ouverture cranienne a l'avantage : 1° de permettre l'enlèvement des larges lambeaux osseux (tels qu'il est nécessaire d'en faire pour l'ablation des tumeurs cérébrales) en quelques minutes;

2° D'obtenir un lambeau osseux unique, qu'il sera bien facile de remettre en place, si on veut tenter la réimplantation;

3° De nécessiter l'emploi d'instruments à la portée de tous, scie à amputation, ciseau à résection et stylet.

J'avais entendu parler de ce procédé d'ouverture cranienne dans le service d'Horsley, lors d'un voyage à Londres; l'auteur anglais disait l'avoir utilisé à deux reprises sur le vivant, à sa pleine satisfaction. Mes expériences cadavériques m'ont conduit à la technique que je viens d'indiquer (j'ignore quelle est celle employée par le chirurgien anglais, par lequel je n'ai pas eu l'occasion de la voir employée), mais je crois le procédé très recommandable et par sa simplicité, et par sa rapidité.

Abcès du foie. — M. Coustols rapporte l'observation d'un individu de vingt-six ans, présentant au niveau de l'hypochondre droit une tumeur, prise primitivement pour un abcès froid du thorax. On ouvre et on voit sortir du pus. La cavité remontait derrière les côtes; on diagnostiqua alors pleurésie purulente. Le malade meurt quelques jours après dans le marasme. A l'autopsie, les plèvres sont libres, saines, sans pus; le poumon est également sain. Le foie était farci de poches purulentes. Un gros abcès était à la face convexe; c'est lui que l'on avait ouvert et dont la fistule persistait depuis l'ouverture. Au niveau du lobe carré, il y avait un petit abcès qui s'était rompu dans le péritoine et avait entraîné la mort.

Péritonite tuberculeuse primitive. — M. Castin communique l'observation d'un homme de soixante-cinq ans, mort dans le service de M. Ballet, remplacé par M. Klippel. Il n'avait présenté aucun phénomène péritonéal, et était mort de manifestations pulmonaires. A l'autopsie, on trouva une tuberculose miliaire généralisée à tout le péritoine. Les plèvres étaient saines. Le poumon droit présentait seul quelques granulations au sommet, complètement calcaires. Aucun autre organe n'était atteint.

Fibromes calcifiés de l'utérus. — M. Pilliet présente une pièce de fibromes calcifiés de l'utérus, venant du service de M. le professeur Tillaux, à la Charité. Elle provient d'une femme de cinquante ans environ, diabétique et atteinte d'épithéliome ulcéré et gangrené du sein droit. A cause de la gangrène, M. le professeur Tillaux se décida à opérer la malade; mais la réunion ne se fit pas, la malade mourut de broncho-pneumonie. A l'autopsie, on trouva une double broncho-pneumonie des bases expliquant la mort, et l'on constata en même temps l'existence de fibromes volumineux dont on avait perçu la masse dans l'abdomen pendant la vie. Ils sont entièrement calcifiés. Le col utérin est allongé, mais normal; le corps utérin contient deux fibromes pariétaux du volume d'un œuf de dinde. Au-dessus de la masse utérine s'élèvent trois fibromes pédiculés, à mince pédicule, à surface blanchâtre et marronnée, et d'une dureté pierreuse. Les deux plus petits, latéraux, sont du volume d'un œuf de poule, le plus élevé égale celui d'une tête de fœtus. Il avait dépassé le bassin et reposait tout entier dans la fosse iliaque droite, comprimant l'appendice qui, du reste, était sain. La pièce est typique au point de vue anatomo-pathologique.

Arthrite purulente à streptocoque. — M. Méry a isolé une variété de streptocoque, très analogue au streptocoque de la gourme; il inocula ce microorganisme à des lapins et provoqua *constamment* des lésions articulaires avec suppuration de l'articulation et des tissus périarticulaires. Ce streptocoque présente encore ce caractère spécial, c'est que le sérum antistreptococcique de Marmorek, n'a aucune action sur lui.

Ulcérations tuberculeuses du duodénum. — **M. Claude** montre des préparations microscopiques de la paroi du duodénum. Il s'agissait d'une tuberculose intestinale avec quelques ulcérations le long de l'intestin grêle. Au niveau de la première portion du duodénum, il y avait sept à huit ulcérations. Toute la muqueuse et la musculeuse sont infiltrées de cellules rondes. Pas de follicules tuberculeux, pas de cellules géantes; mais on voit un très grand nombre de bacilles de Koch.

Tuberculose du cœur. — **M. Labbé** rapporte deux cas de tuberculose du myocarde trouvée chez les enfants.

Dans le premier cas, il y avait une tuberculose généralisée à tous les organes. Il y avait un symphyse cardiaque totale, tuberculose avec infiltration de la paroi myocardique par des follicules tuberculeux et des cellules géantes. L'endocarde était sain.

Le second cas correspondait à un enfant mort de broncho-pneumonie tuberculeuse. Pas de symphyse cardiaque. Sur le bord gauche du ventricule gauche existe un petit point jaune, pris pour un abcès. L'examen microscopique ne permit de constater ni follicules tuberculeux, ni cellules géantes, mais on constata de très nombreux bacilles de Koch.

R. Marie.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

19 Mars 1896.

Hémorrhagie par insertion vélamenteuse du cordon. — **M. Charpentier.** Au cours d'un accouchement qui paraissait devoir être normal, j'ai vu se produire un léger écoulement sanguin une demi-heure après la rupture spontanée de la poche des eaux. Cette hémorrhagie s'est accentuée avec les progrès de l'accouchement; cependant l'enfant, né en état de mort apparente, put être ranimé.

J'avais pensé à un décollement du placenta, mais l'examen attentif des annexes fœtales, après la délivrance spontanée, me montra les traces d'une rupture des membranes ayant atteint les vaisseaux du cordon. Dans ce cas particulier, je me demande quel a été le mécanisme de la rupture des vaisseaux, pour donner une telle hémorrhagie, seulement dans les six dernières minutes de l'accouchement.

M. Budin. L'explication du fait rapporté par M. Charpentier me semble difficile. La déchirure s'est probablement faite entre deux vaisseaux, atteignant seulement la paroi externe de la veine. La solution de continuité du vaisseau ne se serait complétée que par les progrès de l'accouchement. De cette façon, on peut comprendre l'abondance et l'apparition tardive de l'hémorrhagie.

Grossesse tubaire. Rupture. Laparotomie. — **M. Doléris.** Femme de trente ans. Fausse couche probable compliquée d'accidents infectieux il y a huit ans.

Au milieu d'une santé parfaite, le 1er Février 1896, des phénomènes abdominaux apparaissent. Douleur vive dans l'hypogastre surtout à droite, état syncopal; ils sont attribués à la pelvipéritonite.

L'utérus paraissant développé anormalement, on songe à une grossesse coexistante. Les règles ont apparu normalement le 5 Janvier et le 15 Janvier; nouvelle perte prolongée quotidiennement allant en s'atténuant jusqu'en Février. Redoublement le 5 Février, époque des règles; quatre jours après, crise abdominale. La malade est alitée et l'état reste stationnaire.

Le 6 Mars, nouvelle crise moins violente que la première. Le ventre est tendu, ballonné, impossible à palper. La constipation est opiniâtre, le toucher ne révèle pas les tumeurs massives caractéristiques de la salpingo-ovarite, les lésions paraissent diffuser dans la région hypogastrique.

Une intervention est décidée en principe et on attendait que la malade fût transportable, lorsque le 12 Mars, à l'occasion d'un lavement, une troisième crise beaucoup plus grave se produit. Comme dans la crise précédente, les douleurs sont très vives, la pâleur extrême, faciès grippé; état syncopal, soif vive, hypothermie 36°,4, pouls rapide, anhélation. Malgré l'état d'extrême faiblesse de la malade, la laparotomie est pratiquée d'urgence; le diagnostic probable était hématocèle pelvienne, due à la rupture d'une grossesse ectopique.

Opération le 13 Mars. On trouve l'épiploon adhérent à la paroi, une nappe de sang liquide est répandue entre les anses intestinales; le bassin est rempli par une poche tendue, adhérente à l'intestin qui lui fait une paroi adventice du côté de l'abdomen.

Ouverture de la poche, extraction de caillots et de sang liquide, le tout évalué à 1 litre 1/2; au milieu nage un fœtus frais et des débris de placenta; nettoyage de la poche qui occupe tout le fond du bassin et qui est formée en grande partie par la trompe droite distendue et rompue à droite et en arrière. Résection des lambeaux flottants de la trompe; la partie adhérente du placenta est laissée en place. Perforation du cul-de-sac postérieur, passage d'un drain abdomino-vaginal, drainage à la gaze iodoformée par l'orifice abdominal. Suites très favorables malgré l'état exsangue et la dépression extrême de l'opérée, dont le pouls, pendant l'opération, a été plusieurs fois imperceptible.

Lésions syphilitiques du cordon ombilical. — **M. Laugier.** Les lésions syphilitiques du cordon ombilical sont encore peu connues.

En Allemagne, plusieurs auteurs ont montré l'origine syphilitique de certaines lésions des vaisseaux ombilicaux (observation d'Œdmansonn, de Winckel, d'Ahfeld, de Screccicki, de Mewis, de Léopold).

En France, outre les observations de MM. Bar et Tissier, de MM. Macé et Durante, on peut citer un cas de M. Schwab concernant un placenta syphilitique, dans le cordon duquel on notait quelques altérations, et une observation que nous a communiquée M. Porak.

D'après ces travaux et en nous appuyant aussi sur quelques recherches personnelles, il semble qu'on peut ainsi décrire les lésions syphilitiques du cordon ombilical.

Induration du cordon, épaississement des parois vasculaires, sténose des vaisseaux ombilicaux et, dans des cas très rares, dissociation des éléments du cordon, par fonte de la gélatine de Wharton, telles sont les altérations macroscopiques.

Les lésions histologiques sont avant tout des lésions vasculaires : c'est l'endartérite qui prédomine, la périartérite est moins fréquente, les lésions de l'amnios et de la gélatine de Wharton sont encore plus rares.

Lorsque de pareilles altérations coexistent avec des altérations spécifiques du placenta et du fœtus, que les antécédents syphilitiques sont certaines, et que les lésions histologiques se présentent avec cette disposition particulière des éléments inflammatoires (accumulation de cellules rondes) en série et par place, soit dans les tuniques vasculaires, soit même dans la substance gélatineuse en petits amas nodulaires, on pourra affirmer d'une façon presque certaine qu'on se trouve en présence d'une altération d'origine syphilitique.

Si les lésions existent seules et si rien dans les antécédents ne peut faire penser à la spécificité, on devra être plus réservé, tout en songeant à l'infection syphilitique, à cause de sa grande fréquence chez le fœtus.

Quant à vouloir faire de la dissociation des éléments du cordon, une lésion d'origine syphilitique, les deux cas connus jusqu'à ce jour ne suffisent pas pour entraîner encore la conviction.

M. Porak. L'induration du cordon accompagnée de l'épaississement des parois vasculaires m'a, dans un cas, fait songer à la syphilis. Cette induration était d'ailleurs accompagnée d'une rate volumineuse, d'un dépérissement rapide de l'enfant et d'un ictère biliphéique avec élévation de température. Tous ces signes disparurent par l'administration du traitement spécifique. Les commémoratifs connus tardivement et la réunion des autres signes observés chez l'enfant établissent d'une façon très probable la nature syphilitique de ces altérations du cordon.

Présentation de pièces. — **Infection génitale à staphylocoques chez une vierge.** — **M. Doléris.** Une vierge subit en 1889 un curettage pour métrorrhagies apparues silencieusement, sans fièvre et sans douleurs.

En 1896, je lui fis une laparotomie et enlevai du côté du droit un kyste simple de l'ovaire, du côté gauche un ovaire petit avec une trompe kystique.

L'examen bactériologique me démontra l'existence d'un staphylocoque peu virulent dans le mucus utérin, dans le liquide de la trompe, et dans l'abcès sous-séreux découvert au cours de l'intervention.

Transformation maligne d'un fibrome. — **M. Doléris.** Au nom de M. Mangin, je présente un sarcome de la paroi abdominale qui se montra dans un point où quelques mois auparavant j'avais enlevé un fibrome.

L'examen histologique, pratiqué dans les deux cas, établit nettement la transformation maligne de la première tumeur.

M. Fournel présente un kyste multiloculaire de l'ovaire ne contenant pas moins de 23 litres de liquide.

Cas de brièveté relative du cordon. — **M. Siron** rapporte une observation dans laquelle le cordon mesurant 47 centimètres et inséré au bord supérieur du placenta, entraîna un décollement de cet organe et par suite la mort du fœtus. Le cordon formait d'ailleurs un circulaire modérément serré, mesurant 19 centimètres.

Des expériences entreprises par M. Siron établissent que : 1° La striction plus ou moins marquée du circulaire peut faire gagner 3 à 4 centimètres. 2° La traction exercée sur les deux extrémités du cordon peut allonger celui-ci de 4 à 5 centimètres.

L'association de ces deux moyens peut donc allonger le cordon de 7 à 9 centimètres. Mais M. Siron fait remarquer que, dans son cas particulier, la mise en œuvre de ces deux moyens n'aurait pu empêcher le décollement du placenta, par suite de l'insertion en raquette du cordon au bord supérieur du disque placentaire.

R. Mercier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

9 Mars 1896.

Fréquence relative de l'ictus laryngé. — **M. Percepied** (du Mont-Dore). L'ictus laryngé est aujourd'hui trop connu pour que nous ayons l'intention d'en faire ici une étude complète. C'est une simple note que nous apportons au sujet de cette affection pour attirer sur elle l'attention des praticiens, persuadé qu'elle passe souvent inaperçue.

Nous rappellerons brièvement qu'elle est caractérisée par un accès de toux débutant par un chatouillement du larynx et amenant, au bout d'un temps plus ou moins long, une perte de connaissance avec chute. La durée en est généralement très courte, et la perte de connaissance ne dépasse pas quelques secondes, rarement va-t-elle jusqu'à une minute. Comme dans toutes les affections, l'intensité est variable et on trouve fréquemment des malades atteints de toux coqueluchoïde qui présentent tous les symptômes de l'ictus laryngé moins la chute; pressentant leur malaise, ils ont le temps de prendre un point d'appui pour laisser passer leur éblouissement passager. C'est le simple *vertige*, premier degré de l'ictus laryngé.

Depuis la première étude qu'en fit Charcot en 1876, c'est à peine si on en a publié de 60 à 70 cas. On en trouvera la bibliographie très complète dans la thèse de Bédos, (Paris, Novembre 1895). Nous signalerons seulement les observations de Ruault, qui suivent l'excellent article qu'il a publié dans le *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, et l'étude très complète de MM. Garel et Collet, publiée dans le numéro de Décembre 1894 des *Annales de laryngologie et d'otologie*. Ces auteurs ont pu réunir, en interrogeant systématiquement leurs malades sur ce point particulier, 23 observations d'une affection regardée jusque-là comme étant extrêmement rare.

Nous avions été frappé nous-même de la fréquence relative de cette affection parmi les malades que nous soignons au Mont-Dore. Il est vrai que notre clientèle, composée surtout de gens porteurs d'affections nasales ou pharyngo-laryngées, ou d'asthmatiques, de bronchitiques, de vieux tousseurs, devait plus particulièrement nous fournir l'occasion de la rencontrer. Nous avons certainement depuis des années laissé perdre, faute d'attention, beaucoup d'observations, si nous nous en rapportons au nombre de celles que nous fournissent nos notes de cette année.

Pendant la saison de 1895, nous avons pu recueillir trois cas d'ictus laryngé types et deux cas de vertige laryngé.

A vrai dire, nous n'avons été témoin d'aucun de ces cas, néanmoins nous sommes persuadés de leur exactitude, la description que nous en ont faite les malades, ignorants de cette affection, étant trop nette pour que le moindre doute puisse subsister à cet égard. Les voici succinctement résumées.

Obs. I. — M. B... qui m'est adressé au Mont-Dore, par mon ami le Dr Bonnefoy, est un homme de quarante-cinq ans, d'aspect vigoureux, ayant un commencement d'embonpoint, de tempérament arthritique. Pas de tares nerveuses, pas d'alcoolisme.

Depuis 1879, il est sujet à des bronchites annuelles; il toussait tous les hivers. Il y a quatre ou cinq ans, la toux, très violente vers la fin de l'hiver, en Février ou Mars, s'est tout d'abord accompagnée de vertiges, qui revenaient environ une fois par semaine. Les hivers suivants, les symptômes s'aggravaient et le malade eut de véritables crises d'ictus avec chutes. Elles revenaient cinq ou six fois par hiver. Ajoutons que M. B... est emphysémateux et qu'il présente, au pharynx, les lésions banales d'une pharyngite glanduleuse ancienne, avec rougeur assez vive, s'étendant à l'entrée du larynx. Rien aux cordes vocales.

Sous l'influence de l'iodure de potassium et de la créosote, il se fit une amélioration sensible et, cet hiver, les accidents n'ont pas reparu.

Obs. II. — M. B..., quarante-huit ans, de taille un peu au-dessus de la moyenne, au teint coloré, sanguin, est un arthritique, rhumatisant, hémorroïdaire, dyspeptique. Depuis plusieurs années, il est atteint d'asthme et d'emphysème.

Les accès d'asthme débutent par de la rhino-laryngo-trachéite. Il ne présente, du côté du nez, qu'un peu d'hyperthrophie des cornets, avec mollesse de la muqueuse; pharynx d'une rougeur un peu érythémateuse, quelques glandulations. Rien au larynx.

Pendant ses bronchites hivernales, il lui est arrivé d'avoir des accès de toux spasmodique, coqueluchoïde, se terminant par une chute avec perte de connaissance.

Obs. III. — M. Th..., soixante ans, grand, teint coloré, est un asthmatique héréditaire. Son père, sa mère et son frère sont atteints de cette affection. Il a eu, dernièrement, une atteinte de goutte, il est, de plus, hémorrhoïdaire et dyspeptique. Maître d'hôtel, il ne fait, dit-il, pas d'excès, mais, en réalité, sort un peu des limites de la sobriété; il fume beaucoup et présente naturellement des traces de pharyngite ancienne.

D'une sensibilité particulière quant à ses voies respiratoires, les bronchites s'accompagnent chez lui de crises d'oppression nocturne, et, à différentes reprises, il a eu des accès de toux très violents, qui se sont accompagnés de perte de connaissance avec chute.

Obs. IV. — Mme B..., quarante ans, grande, avec un peu d'embonpoint, se trouve à l'époque de la ménopause. Elle a souffert d'accidents nerveux assez vagues, ne présente pas de stigmates d'hystérie. Atteinte d'eczéma et de prurit vulvaire, en même temps que de coryzas à répétitions et de pharyngite ancienne, elle avait fait, il y a quatre ans, une première saison au Mont-Dore. Depuis, les affections cutanées avaient disparu, mais elle avait souffert d'entérite chronique.

Cette année, les poussées de fièvre des foins ont repris avec une nouvelle intensité et se manifestent surtout pendant la nuit entre 2 et 4 heures. Pendant le jour, Mme B... est sujette à des crises de toux spasmodique

s'accompagnant d'un chatouillement de la gorge insupportable et donnant lieu à des vertiges passagers. Il n'y a jamais eu perte complète de connaissance ni de chute.

Nous avions, il y a quelques années, donné nos soins à son mari atteint de pharyngo-laryngite avec une muqueuse pharyngée épaissie, d'un rouge vineux, d'une extrême sensibilité, emphysémateuse et qui avait présenté des phénomènes typiques d'ictus laryngé.

Obs. V. — M. M..., soixante ans, arthritique à manifestations pharyngées entretenues encore par l'usage du tabac, est un bronchitique avec emphysème léger. Il est sujet à des accès de toux coqueluchoïde qui, à plusieurs reprises, se sont accompagnés d'éblouissements qui l'obligeaient à chercher un point d'appui pour ne pas tomber.

Nous n'avons eu en vue, dans la publication de ces observations que la constatation simple de l'ictus ou du vertige laryngés, sans vouloir autrement les faire servir à l'histoire de cette affection. Nous n'en avons pas analysé les symptômes ni leur mode de production. Le point que nous avons désiré mettre en relief c'est que, dans l'espace de trois mois, nous avons pu, dans une clientèle un peu spéciale à la vérité, trouver trois cas d'ictus vrai et deux cas de vertige laryngés, et nous avons la conviction qu'en interrogeant, à ce point de vue spécial, les bronchitiques vieux tousseurs, les asthmatiques, on trouvera beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croyait, des malades présentant ces symptômes. En réalité, ils sont bénins la plupart du temps et ne laissent aucune trace derrière eux. Aussi le malade qui les a éprouvés, ne pense-t-il pas à en faire part à son médecin, à moins de leur répétition trop fréquente. C'est souvent par hasard et pour faire incidemment, juger de l'intensité de la toux qu'il lui dira : « j'ai des accès de toux si forts que je suis obligé de m'accrocher à un meuble pour ne pas tomber »; ou bien : « j'ai eu des accès d'une telle violence qu'il m'est arrivé de tomber ». Qu'on pousse alors l'interrogatoire du malade et il donnera une description typique de l'ictus laryngé; parfois même il se bornera à signaler l'intensité de la toux, sans parler des accidents qu'elle provoque, si on ne le met pas sur la voie.

Nous remarquerons aussi que tous nos malades sont des gens d'aspect vigoureux, sanguins, à part la malade de l'observation IV, que ce sont des asthmatiques, bronchitiques et vieux tousseurs. Il y a très certainement une relation entre l'asthme et l'affection qui nous occupe, les deux reconnaissent la plupart du temps comme point de départ initial une affection d'un point des voies respiratoires déterminant des actions réflexes intenses, à cause de la sensibilité intense aussi du système nerveux de ces malades.

Chez tous les nôtres, les accidents passaient dans l'ordre suivant : chatouillement laryngien, toux intense, spasmodique, rougeur de la face, ictus ou vertige. En présence de ces symptômes, nous sommes tenté d'expliquer les accidents par l'apnée et l'anoxhémie.

Selon les idées développées par Garel et Collet, tous les cas d'ictus ne se font peut-être pas par un mécanisme identique et si les cas à allure si rapide que la toux n'existe pour ainsi dire pas, semblent devoir être attribués, comme le veulent Ruault et Cartaz, à des phénomènes bulbaires inhibitoires dont l'origine serait l'hyperexcitabilité du nerf laryngé supérieur, transmettant l'irritation à la moelle allongée par le pneumo-gastrique, dans beaucoup d'autres, dans ceux que nous rapportons, il nous paraît difficile de ne pas tenir compte des troubles circulatoires. L'explication que nous adopterions le plus volontiers est celle qu'à proposée M. Merklen dans une récente communication à la Société des Hôpitaux et que nous pouvons résumer ainsi : affection du pharynx ou du larynx point de départ de l'irritation du laryngé supérieur, toux spasmodique, congestion veineuse de la face et de l'encéphale, stase veineuse et en même temps anémie artérielle, le cœur jouant mal, anémie bulbaire, syncope, indépendamment de l'action que peut avoir le manque d'oxygène ou l'excès d'acide carbonique.

Nous n'avons pas à parler du traitement, très variable, selon l'état des voies respiratoires. Nous dirons seulement que le sulfate de quinine, à petites doses, dont le Dr Duguet a constaté le bon effet contre la toux, a été employé avec succès par mon ami, le Dr Coupard, mais que le médicament qui a paru donner les meilleurs résultats contre l'élément nerveux, est l'antipyrine employée par MM. Merklen, Lermoyez et Castex.

Accident consécutif à des injections de Brown-Séquard. — **M. E. Potherat.** Je ne sais pas si les injections de Brown-Séquard sont encore beaucoup employées, mais il semble tout au moins, qu'à l'heure actuelle, on soit loin de l'engouement qu'elles ont un moment provoqué chez les praticiens. Et cela bien plus en raison de leur inconstante efficacité qu'à cause de leurs accidents.

Celui que je rapporte, pour n'avoir pas eu de gravité dans ses suites, m'a paru cependant curieux et digne d'être rapporté, en raison principalement des circonstances qui l'ont accompagné.

Dans le courant de l'année dernière, j'étais appelé en province, à donner mon avis sur un cas de tumeur abdominale assez embarrassant, ainsi que vous allez en juger. Le malade était un sexagénaire, vigoureux, robuste et d'ailleurs bien portant. Il présentait dans le flanc gauche à deux travers de doigt et au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure une tumeur, s'étendant un peu obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, absolument dans le sens de la fin du côlon ou de l'origine de l'S iliaque.

Cette tumeur peu appréciable à la vue que le malade fût debout ou couché, était surtout manifeste à l'exploration directe, elle ne s'accompagnait d'aucune modification dans l'aspect, la coloration, l'épaisseur, la résistance du tégument externe. Elle paraissait siéger profondément, sous les différents plans de la paroi abdominale; elle n'était pas fluctuante, mais résistante, plutôt dure, ligneuse même que rénitente, un peu irrégulière d'ailleurs à sa surface. La tumeur n'était pas mobile dans aucun sens; on ne pouvait pas la refouler. Elle n'était pas douloureuse, sauf aux pressions trop fortes, pendant l'exploration.

Au point de vue fonctionnel, le malade accusait peu de troubles intestinaux; l'appétit s'était conservé normal ou à peu près, les digestions s'effectuaient d'une manière satisfaisante; il y avait bien de temps en temps de la constipation et quelquefois de la diarrhée, mais jamais ces constipations opiniâtres rebelles pendant des jours, des semaines même, à tout procédé d'évacuation et suivies tout à coup de l'émission de matières d'abord dures, puis plus molles, puis semi-liquides, enfin tout à fait liquides avec filaments sanguinolents, pseudo-membranes, glaires, etc., le tout en telle abondance qu'on a caractérisé très justement cette libération du nom de « débâcle ».

J'ai déjà dit que, malgré un peu d'amaigrissement, de flaccidité du tégument, d'ailleurs en rapport avec l'âge, l'état général était assez bon.

Tels étaient les éléments du diagnostic; l'âge du sujet, l'aspect de la tumeur, son siège, avait fait penser et craindre, qu'il ne s'agit là d'un néoplasme de l'intestin. L'évolution n'était pas en désaccord avec cette hypothèse. Le mal était apparu il y avait quinze à dix-huit mois, peut-être un peu plus, ou un peu moins, il avait marché lentement, progressivement, et sans avoir un grand retentissement. On pouvait à cela objecter qu'il y avait peu de troubles intestinaux; l'argument était de peu de valeur. Il y avait plus; le malade affirmait qu'à plusieurs reprises des phénomènes inflammatoires s'étaient montrés : douleur, tension, chaleur et même rougeur de la peau, avec élancements, et un léger état fébrile, mais ils étaient de peu de durée, et on peut les observer au contact et au voisinage des néoplasmes intestinaux. Cependant, je rejetai le diagnostic de néoplasme de l'intestin. Il n'y avait sans doute pas grand'chose à élever contre ce diagnostic, dans l'analyse des phénomènes que je viens de rapporter, mais j'avais fait une constatation précieuse au cours de mon examen. J'ai déjà dit qu'on ne pouvait refouler la tumeur dans l'abdomen, mais de plus si, la main sur la masse, la palpant exactement, les muscles abdominaux relâchés, si, dis-je, on faisait asseoir le malade, on constatait alors, pendant la contraction de la paroi abdominale, que la tumeur restait presque aussi facilement appréciable. C'était là l'indice certain que celle-ci était dans la paroi et non dans la cavité abdominale.

Ce premier point acquis, il y avait à préciser le diagnostic de nature. Cette difficulté restait entière. Les commémoratifs ne révélaient rien autre chose que le fait d'injections sous-cutanées de liquide brown-séquardien pratiquées à ce niveau à peu près, et à plusieurs reprises quelques mois avant l'apparition du mal, avant du moins la première constatation qu'en avait faite le malade. Cela n'éclairait pas la situation et je me vis obligé de rester dans le doute entre une tumeur bénigne, fibreuse, et un fibro-sarcome de la paroi, les injections de Brown-Séquard n'y étant pour rien ou n'ayant agi que comme incitation. Je conseillai l'intervention; elle fut acceptée et je la pratiquai avec l'assistance de deux confrères et en m'entourant de précautions aussi rigoureuses au point de vue de l'asepsie que s'il s'était agi d'une laparotomie à laquelle je pouvais d'ailleurs me trouver conduit.

J'incisai en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure absolument comme dans le premier temps de l'établissement d'un anus iliaque. Je sectionnai successivement, et sans relever rien de particulier, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose et quelques fibres du grand oblique, les fibres du petit oblique, et j'arrivai sur celles du transverse. J'essayai alors de limiter ma tumeur toujours dure et irrégulière, je n'y parvenais pas, mais elle me paraissait développée surtout dans l'abdomen, de sorte que je commençai à craindre qu'il ne s'agit véritablement d'un néoplasme intestinal secondairement adhérent. Je résolus d'aller jusqu'à une constatation au moins certaine, et, lentement, prudemment, je me mis à couper en dédolant les fibres du transverse. Elles formaient une couche triple de l'épaisseur normale, d'aspect presque lardacé, très adhérentes à la tumeur sous-jacente, au contact direct de laquelle je me trouvais alors. Je la percutai, elle était sonore, donc en rapport immédiat avec l'intestin. Je l'incisai peu à peu et tout à coup j'eus la surprise, l'agréable surprise de voir jaillir un liquide sans odeur, mais nettement puriforme. L'ouverture par où ce liquide sortait étant agrandie, je me trouvai, dans une cavité close, irrégulière, cloisonnée, étendue à toutes les parties de la tumeur qui se trouvait maintenant elle-même réduite à une paroi assez épaisse il est vrai, mais uniquement à une paroi à surface absolument lisse.

Je lavai avec soin cette cavité de la capacité d'un œuf de dinde environ, j'y mis deux drains, une mèche de gaze iodoformée et je fis après quelques points de suture pour diminuer l'étendue de l'incision, un pansement sec.

Les suites furent des plus simples et au bout de quelques semaines la cavité était comblée, la tumeur avait disparu, le malade était complètement et définitivement guéri.

Il ne pouvait faire doute, dès le jour de l'intervention, que cet abcès n'ait eu pour origine les injections de Brown-Séquart auxquelles le malade avait été soumis quelque temps auparavant.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

M. Schuller s'est plaint amèrement, à la *Société de médecine berlinoise*, de ce que ses recherches relatives à l'**origine microbienne du rhumatisme articulaire chronique**, de l'arthrite villeuse, soient passées sous silence. Il y a quelques années, il avait décrit un bacille spécifique qu'il a trouvé dans les villosités de l'arthrite chronique, sa description était claire, ses recherches bactériologiques précises, et pourtant son travail n'a même pas été discuté!

Depuis, il est parvenu à cultiver son bacille. Les cultures ressemblent beaucoup à celles du bacillus prodigiosus dont elles ont aussi l'odeur caractéristique. Injectées dans les articulations, dans le genou du lapin, elles provoquent une arthrite villeuse des plus caractéristiques. La démonstration scientifique et expérimentale de l'origine microbienne de l'arthrite villeuse ne laisse donc rien à désirer.

Maintenant, chez l'homme, quelle est la porte d'entrée de l'infection? M. Schuller s'en est occupé et voici ce qu'il remarqua. Les malades atteints d'arthrite villeuse ont ordinairement, à côté, une autre infirmité : tantôt c'est une rhinite, tantôt une vaginite, tantôt une cystite, tantôt un catarrhe bronchique. Eh bien, M. Schuller n'a pas eu de peine de retrouver son bacille soit dans les sécrétions nasales, soit dans le mucus vaginal, soit dans l'urine, soit dans les crachats de ces malades. Dès lors, l'enchaînement des accidents se déroule tout seul et l'on comprend qu'avant de passer dans une articulation et y provoquer une arthrite villeuse, le bacille traverse tantôt le nez, tantôt le vagin, tantôt les poumons des malades.

L'observation rapportée ensuite par **M. Lehfeld** est un cas curieux d'**hystérie traumatique**, curieux surtout par son étiologie. Il s'agit d'une jeune fille qui ayant à se servir du téléphone, commit une imprudence dans le maniement de l'appareil et eut son corps traversé par un courant. Elle fut frappée séance tenante d'une hémiplégie droite dont les caractères ou plutôt les symptômes accessoires révélèrent de suite la nature hystérique. L'hémiplégie qui siégeait à droite était accompagnée d'une paralysie du facial antérieur, sans déviation de la langue. Du côté droit, l'anesthésie était complète et les troubles sensoriels portés à un très haut degré : la malade ne percevait aucun goût du côté droit, ne sentait rien, avait un rétrécissement considérable du champ visuel, était insensible à la piqûre, à la douleur, etc. Les troubles moteurs disparurent au bout de quelques jours dans le bras droit, puis dans la jambe droite, mais comme en marchant la malade éprouvait des fourmillements fort douloureux dans le talon, elle tient la jambe fléchie sur la cuisse, et ne marche par conséquent, qu'en s'aidant d'une canne. L'état est resté stationnaire depuis un mois, et les troubles sensitifs et sensoriels sont aussi accusés que le premier jour.

La petite **épidémie familiale de chancres syphilitiques extra-génitaux** racontée par **M. Gebert** ne manque pas d'intérêt. L'enquête, discrètement conduite à l'occasion d'une malade qui avait un chancre du mamelon, révéla la petite histoire suivante.

Dans une famille où allait la malade, la fille aînée, fiancée à un jeune homme, contracte la syphilis de son fiancé avec lequel elle a un rapport. Elle contamine ensuite deux de ses sœurs et trois de ses frères, chez lesquels on retrouve des chancres extra-génitaux; puis, un de ses frères contamine le nourrisson de la malade, et le nourrisson qui avait contaminé sa mère, contamine en passant un nourrisson dont la mère venait aussi dans la famille contaminée par le fiancé. Excepté la fiancée qui avait un chancre vulvaire, les autres avaient leurs chancres qui sur la langue, qui sur la lèvre, qui sur l'amygdale.

Très intéressants sont les faits qui ont été signalés récemment dans les sociétés de province.

A la *Société médicale de Freiburg*, **M. Baumler** a rapporté un cas de **sténose de l'orifice pulmonaire**, d'un diagnostic difficile par le fait de la dissociation des signes stéthoscopiques et des symptômes cliniques. Le malade, un garçon de dix-sept ans, jusqu'alors bien portant, était entré à la clinique pour une dyspnée avec palpitations remontant à un an environ. A l'examen, on trouve une néphrite hémorrhagique et, à l'auscultation du cœur, un souffle systolique de la base, dont le maximum s'étendait à gauche du sternum dans le troisième espace intercostal, et qui se propageait dans les carotides. Le cœur était hypertrophié, mais surtout dans sa moitié gauche.

Le premier diagnostic, basé exclusivement sur la loca-

lisation du souffle, a été celui de rétrécissement de l'orifice pulmonaire. Mais, lorsque dans la suite, le malade avait présenté des poussées de purpura, de l'augmentation de la rate et du foie, qui semblait relever d'une embolie, on diagnostiqua une lésion de l'orifice aortique, ce qui expliquait en même temps l'hypertrophie du cœur gauche.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade contracta un érysipèle qui l'emporta en quelques jours. A l'autopsie, on a pu constater l'intégrité du cœur gauche et de ses orifices. L'orifice pulmonaire était, par contre, le siège d'un rétrécissement ancien, en même temps qu'à un centimètre plus haut, sur les parois de l'artère pulmonaire, se trouvaient plusieurs plaques d'endocardite ulcéro-végétante. Nulle part on ne trouva d'embolies.

RUSSIE

L'emploi du bouton de Murphy prenant de jour en jour une application de plus en plus large, nous croyons utile de noter la communication faite par **Maximoff** à la *Société médicale russe, près l'Université de Varsovie*, concernant **les recherches expérimentales sur le bouton de Murphy**. Des expériences au nombre de dix ont été faites sur des chiens. Après avoir coupé l'intestin et l'avoir suturé au moyen du bouton de Murphy, on tuait les animaux après la guérison complète et l'on pouvait ainsi juger des résultats obtenus. Sur les 10 animaux, 7 ont guéri et l'on a constaté chez eux une cicatrisation parfaite; les 3 autres succombèrent. Maximoff affirme que la mort dans ces derniers cas doit être attribuée à différentes erreurs techniques commises pendant l'opération, mais nullement à l'appareil lui-même. L'auteur a l'intention de continuer ces recherches et, pour le moment, il formule les conclusions suivantes :

1° L'application du bouton de Murphy permet la réunion des bouts de l'intestin en un espace de temps très court — de cinq à dix minutes — tandis que la suture intestinale dure beaucoup plus longtemps, jusqu'à deux heures parfois, d'où l'épuisement du malade et le choc opératoire;

2° La technique est extrêmement simple et peut être exécutée par tous les médecins;

3° Il n'y a pas de rétrécissement à l'endroit où les boutons sont appliqués;

4° La nécrose du tissu intestinal est limitée, elle ne se produit qu'au point même où le bouton comprime l'intestin;

5° La perforation consécutive n'est possible que dans les cas où le diamètre de la section est supérieur à celui du bouton (on sait qu'après Murphy le diamètre de la section doit être égal à deux tiers de celui du bouton);

6° Plus les deux moitiés du bouton sont unies étroitement et plus est comprimé le tissu intestinal et plus vite se produit la nécrose;

7° L'épiploon joue un grand rôle dans la cicatrisation en adhérant à la partie de l'intestin où se trouve le bouton;

8° Chez les chiens, on n'a besoin, après l'opération, de recourir ni à la diète ni à l'emploi exclusif d'aliments liquides.

9° La suture complémentaire dans l'emploi du bouton de Murphy est inutile, si toutefois il n'existe pas d'indication spéciales.

Masinoff conclut en disant que le bouton de Murphy est un moyen puissant et efficace qui promet de restreindre de beaucoup l'emploi de la suture intestinale.

A la *Société des médecins d'enfants de Moscou*, **Oustinoff** a lu un rapport très circonstancié sur **la tuberculose chez les enfants**. Après avoir indiqué les travaux publiés récemment à ce sujet, Oustinoff a formulé les conclusions suivantes :

1° Les tuberculeux résistent très mal aux mauvaises conditions hygiéniques et succombent très vite;

2° On peut prévenir la tuberculose, et il est d'autant plus nécessaire de le faire, que la tuberculose héréditaire est rare;

3° Le succès des mesures prophylactiques est certain, si on les applique dès la naissance de l'enfant; il est au contraire douteux, si l'on n'a recours à ces mesures prophylactiques, que dans un âge plus avancé, lorsque les enfants auront eu le temps d'être infectés par des enfants ou des adultes de leur entourage;

4° Le principe de la séparation des malades des individus sains doit être appliqué d'autant plus sévèrement que l'enfant est plus jeune;

5° Il est indispensable de bien dresser les personnes qui entourent l'enfant et les bien convaincre de l'importance considérable qu'ont pour la vie de l'enfant les mesures conseillées.

M. Kyssèle fait remarquer que les médecins n'adopteront complètement telle ou telle mesure préconisée, que lorsque le mode de contagion de la tuberculose sera nettement et complètement élucidé.

BIBLIOGRAPHIE

A. Broca et P. Maubrac. — *Traité de chirurgie cérébrale* (Paris, Masson et Cie, éditeur, 1896).

L'important ouvrage que viennent de publier MM. Broca et Maubrac mérite plus qu'une simple mention. Il traite en effet de questions d'actualité et ne peut manquer d'intéresser vivement tous les chirurgiens qui, comme l'a dit M. Monod à l'Académie, voudront s'engager sur le terrain très accidenté et, pour beaucoup, trop ignoré de la chirurgie cérébrale.

La première partie du livre, consacrée aux généralités, traite de l'anatomie des circonvolutions, de la topographie cranio-cérébrale, des localisations cérébrales et des indications qu'elles fournissent à l'opérateur, du manuel opératoire de la trépanation et de ses dangers.

Ce sont là des sujets qui ont été déjà souvent étudiés, mais, qui, dans un traité de ce genre, constituent une sorte de préambule indispensable, une entrée en matière qui ne pouvait être négligée.

Dans la seconde partie de leur ouvrage, la plus intéressante et la plus originale, MM. Broca et Maubrac, passent successivement en revue les diverses lésions cérébrales qui peuvent être l'objet d'une intervention. Ils étudient ainsi : les accidents primitifs, secondaires et tertiaires des lésions traumatiques; les complications intracraniennes des otites moyennes suppurées, méningite, phlébite des sinus, abcès cérébraux et cérébelleux; les tumeurs cérébrales; les lésions cérébrales diverses, hémorrhagies, méningites diverses, abcès, paralysie générale, etc.; l'hydrocéphalie, la microcéphalie et l'idiotie; les troubles fonctionnels divers, épilepsie, psychoses, céphalalgie rebelle; l'encéphalocèle.

Ce qui distingue avant tout l'œuvre très intéressante de MM. Broca et Maubrac, c'est le soin qu'ils ont mis à n'appuyer leur jugement sur l'opportunité d'une intervention que sur l'analyse exacte et minutieuse des résultats obtenus. Qu'on lise le très important chapitre où sont étudiées les indications opératoires dans les traumatismes craniens, qu'on se reporte à celui qui est consacré à l'histoire des complications méningées ou cérébrales des otites, qu'on cherche à se faire une opinion sur la valeur de la craniectomie dans le traitement de la microcéphalie ou de l'idiotie, partout la conclusion à laquelle s'arrêtent les auteurs se trouve appuyée de documents personnels ou étrangers, faciles à contrôler car les indications bibliographiques abondent, et classés avec une ordre et une clarté qui en rendent la lecture singulièrement profitable.

Si j'ajoute que la partie consacrée à l'étude du manuel opératoire de la trépanation est également très soignée, que les descriptions y sont accompagnées des figures nécessaires, j'en aurai dit assez pour justifier mon appréciation du début et je n'aurai plus qu'à souhaiter au *Traité de Chirurgie cérébrale* de MM. Broca et Maubrac tout le succès qu'il me paraît mériter.

F. Brun.

Répertoire thérapeutique

Pelouze découvrit en 1846 les glycéro-phosphates, qui, à peu près vers la même époque, furent aussi étudiés par Gobley; ce fut ce dernier qui, à son tour, découvrit la présence de l'acide glycérophosphorique dans la lécithine, matière grasse contenue dans le jaune de l'œuf. Il démontra qu'en présence d'un acide ou d'un alcali, la lécithine se décomposait en acide glycéro-phosphorique et en choline. Il se produit un fait analogue dans la décomposition des parties constituantes des corps gras (stéarine, margarine, etc.).

Pour préparer l'acide glycéro-phosphorique, Pelouze traitait la glycérine par l'acide phosphorique anhydre; il se produisait alors une réaction assez vive, dans laquelle la glycérine entrait en combinaison avec l'acide phosphorique, de manière à prendre la place d'une molécule d'eau. Mais, comme l'acide phosphorique anhydre est d'une préparation difficile et coûteuse, on a proposé, depuis, d'obtenir ce produit d'une façon plus économique en chauffant, pendant plusieurs jours, l'acide phosphorique ordinaire à 60 degrés avec de la glycérine pure. La réaction ici est lente, mais le résultat est néanmoins le même et on obtient une masse gélatineuse, qui n'est autre chose que l'acide glycérophosphorique.

Il suffit de traiter le résultat de cette opération par un lait de chaux ou de carbonate de chaux, jusqu'à neutralisation complète, pour former du glycérophosphate de chaux, que l'on précipite de sa solution par l'alcool à 90 degrés, afin de l'avoir pur. Il faut environ 50 litres d'alcool pour précipiter 1 kilogramme de glycéro-phosphate de chaux; cet alcool est ensuite récupéré par la distillation.

Depuis longtemps déjà se faisait sentir un desideratum thérapeutique à propos de l'administration des sels de chaux et cela surtout dans la médecine infantile. Les phosphates de chaux, en effet, employés dans le commerce jusqu'à ce jour, présentaient de nombreux inconvénients tant au point de vue de leur assimilation que de leur administration, ils étaient enfin d'une saveur généralement acide, surtout dans les préparations réputées solubles. Aussi, les chimistes étaient-ils depuis longtemps à la recherche de préparations phosphatées neutres et solubles, d'un emploi pratique.

M. Maurice Robin, dans ses recherches sur le rôle physiologique de la glycérine dans les phénomènes de la digestion, avait montré, à propos de l'assimilation des métaux, que les aliments digérés formaient des pepto-glycérates solubles, c'est-à-dire des combinaisons organiques particulières peptonisées et unies à la glycérine, combinaison particulière étudiée et analysée par M. le professeur Gabriel Pouchet en 1893. En effet, la glycérine se trouve normalement dans l'intestin par suite de la saponification des corps gras par les sucs biliaires, et c'est avec elle que les métaux forment des préparations solubles, le fer par exemple, comme cela a été démontré[1].

En appliquant cette théorie aux sels de chaux, M. Robin songea à se servir de la découverte de Pelouze, c'est-à-dire à associer les glycérophosphates à la peptone, pour former un pepto-glycéro-phosphate, c'est-à-dire un sel, qui au point de vue de l'assimilation, répondit le mieux aux desiderata.

En 1888, le Dr Albert Robin commença l'étude d'une médication absolument nouvelle par les glycéro-phosphates et démontra, dans sa communication du 24 Avril 1894 à l'Académie de médecine, l'emploi thérapeutique de ces remèdes nouveaux.

Il est utile et intéressant de démontrer la différence qui existe entre les glycéro-phosphates de chaux et les autres combinaisons de phosphate de chaux. Les glycéro-phosphates sont à proprement parler des éthers et non des sels.

Nous reviendrons sur cette question dans un prochain article. Ce qu'il nous importe aujourd'hui de démontrer, ce sont les avantages thérapeutiques de ces nouvelles préparations phosphatées sur les autres préparations analogues. Pour cela, il nous suffit de nous en tenir à ce que disait M. Albert Robin : « J'ai été, dit-il, conduit à étudier la valeur thérapeutique des glycéro-phosphates en constatant, au cours de travaux sur la neurasthénie, que certains malades éliminaient par les urines des quantités relativement considérables de phosphore incomplètement oxydé, qui, toutes choses étant égales d'ailleurs du côté de l'alimentation, me semblait provenir d'une dénutrition exagérée de la lécithine nerveuse. On sait, en effet, que la plus grande partie du phosphore éliminé par l'urine se trouve sous forme d'acide glycéro-phosphorique, et que ce corps est un des constituants de la lécithine, laquelle entre pour une si grande part dans la composition du système nerveux. »

« Comme, d'autre part, l'élimination des phosphates médicamenteux ne s'effectue qu'avec une grande difficulté, je supposai, qu'en fournissant à l'organisme du phosphore en combinaison organique aussi rapprochée que possible de celle qu'il affecte dans le système nerveux, on obtiendrait des effets marqués, avec une élection possible sur l'appareil de l'innervation. »

De là découle, en effet, toute la thérapeutique des glycéro-phosphates, qui sont les médicaments de la *dépression nerveuse*. On peut donc employer ces combinaisons médicamenteuses dans tous les cas où il s'agit de relever la nutrition nerveuse défaillante. Ce sont des agents thérapeutiques puissants, accélérant la nutrition de l'organisme tout entier par l'intermédiaire de leur action stimulante du système nerveux.

C'est par la voie stomacale qu'il convient le mieux de les administrer, et il est rationnel de s'en tenir simplement aux glycéro-phosphates de chaux et de soude, qui, étant neutres, n'irritent pas la muqueuse de l'estomac et permettent néanmoins d'obtenir une action stimulante appréciable.

Ces produits en solution sont très altérables, d'abord parce qu'ils sont favorables au développement des bactéries, ce sont de vrais bouillons de culture; ensuite parce qu'ils se précipitent à la longue, et que c'est par l'addition seule d'acides étrangers que l'on parvient à une stabilité même parfois incomplète : on devra donc choisir, et cela avec avantage, une préparation naturelle des glycéro-phosphates soit en poudre, soit granulés. Employé sous ces formes, le glycéro-phosphate de M. Robin est un produit qui donne des résultats aussi favorables que constants.

1. M. Robin. — Compte rendu de l'Académie des Sciences. Juillet 1885.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la **viande crue**, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent **vaincre** leur **répugnance** pour les aliments, aux **Phtisiques**, aux **Anémiques**, aux **Cancéreux**, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.

..... *A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.*

Extrait du Rapport officiel de l'**Académie de Médecine** de Paris (7 Août 1877).

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, *et toutes Pharmacies.*

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

TUMEURS — CANCERS TRAITEMENT PAR LE **THUYA WUHRLIN**

Observations cliniques par les Drs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Fauquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré :
LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE.
POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.

Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

ARCACHON ENFANTS DÉBILES CONVALESCENCES SCROFULES ET TUBERCULOSES

MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE

Située dans les Pins, à proximité de la Plage

Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage

SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION

Hautes références médicales et familiales

S'adresser à la Directrice : Mme HENRY DUBOIS

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom **NESTLÉ** *sur leurs ordonnances*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES,* etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

PHOSPHATOSE VAUDIN

PHOSPHATE DE CHAUX PHYSIOLOGIQUE

Complètement Assimilable, tel qu'il existe dans le Lait.

Préparation par excellence pour toutes les affections de l'enfance et de l'âge adulte, dans lesquelles les phosphates sont indiqués : ***Troubles de la croissance, Maladies des os, Rachitisme, Maladies des organes respiratoires, Lymphatisme, Convalescences en général, toutes les Tuberculoses, Anémie,*** etc. Dans la ***Grossesse,*** l'***Allaitement,*** pendant la ***Dentition*** et le ***Sevrage des enfants,*** la **PHOSPHATOSE** rendra de très grands services.

DOSES :

ADOLESCENTS et ADULTES : 2 à 4 cuillerées à café par jour.
ENFANTS : 1 à 2 cuillerées à café par jour suivant l'âge, délayée dans du lait ou mélangée aux potages.

PHOSPHATE DE CHAUX PHYSIOLOGIQUE — PHOSPHATOSE VAUDIN

Détail : Phie VAUDIN, à Fecamp (S.-Inf.) ; Phie BRETONNEAU, 6, R. Marengo, Paris *et dans toutes les Pharmacies.*

Vente en Gros : Ste Fse de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, 9, R. de la Perle, Paris.

BROMIDIA HYPNOTIQUE ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,

Barrafranca, Italie, 20 Juillet 1893. Dr. ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :

ROBERTS et Co, **pharmaciens-droguistes,** *5, rue de la Paix, PARIS*

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les Médecins sur demande* — **Prix : 5 fr.**

FER QUEVENNE Seul Fer réduit approuvé par l'ACADÉMIE de MÉDECINE, 14, r. Beaux-Arts, Paris. une expérience de 50 ANNÉES a confirmé sa supériorité — Poudre, Dragées, Pastilles

EN VENTE AUX BUREAUX DE LA *PRESSE MÉDICALE* ET CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

GUIDE MÉDICAL 1896

Enseignement de la médecine. — Service militaire. — Faculté de médecine de Paris. — Enseignement supérieur Musées et Bibliothèques. — Médecine militaire et navale. — Académies et Sociétés savantes. — Hôpitaux et Hospices de Paris Asiles de convalescence. — Asiles publics d'aliénés Hôpitaux divers. — Ecole dentaire de Paris. — Loi sur l'exercice de la médecine

PRIX : **UN franc**

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Thyroïdine 2 dragées par jour *Myxœdème, Goitre, Psoriasis, Obésité.* - **BOUTY**, 1, rue Châteaudun, PARIS

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.